



THERAPIEANMELDUNG

Daten des Kindes

Vor- und Nachname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefonnummer des Kindes:	
Überweisender Arzt:	
Kindergarten/Schule, Klasse: AnsprechpartnerInnen Kindergarten/Schule:	

Daten Sorgeberechtigte/r

Name:		
Geburtsdatum:		
Anschrift:		
Beruf:		
Telefonnummer/n: (Festnetz und Mobil)		

Sorgerecht: gemeinsames Sorgerecht nur Mutter nur Vater Sonstige

Bei alleinigem Sorgerecht fügen Sie der Anmeldung bitte eine Kopie über den Gerichtsbeschluss bei.

Im Notfall zu kontaktieren:



Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?

Name:	
Anschrift:	
Versichertennummer des Kindes:	
Name, Anschrift und Versichertennummer der/des Hauptversicherten:	
Bei privater Versicherung oder Selbstzahlern Name und Anschrift Rechnungsempfänger/in:	

Beschreiben Sie bitte kurz den Grund der Anmeldung:

Besteht ein Suizidrisiko? ja nein weiß nicht

Liegt akute Eigen-oder Fremdgefährdung vor? ja nein weiß nicht

Nimmt ihr Kind Medikamente? nein ja, und zwar:

War ihr Kind in der Vergangenheit schon einmal in **ambulanter** psychotherapeutischer Behandlung? nein ja - wann und wo?

War ihr Kind in der Vergangenheit schon einmal in **stationärer** psychotherapeutischen Behandlung? nein ja - wann und wo?

Zu welcher Zeit kann ein regelmäßiges, therapeutisches Angebot wahrgenommen werden:

Mo: **Do:**

Di: **Fr:**



Bitte nehmen Sie die nachfolgenden Bedingungen für die Psychotherapie zur Kenntnis und bestätigen diese mit Ihrer Unterschrift.

1. Die Behandlung wird nach den Bestimmungen des Psychotherapeutengesetzes und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für Psychotherapie durchgeführt. Bitte nehmen Sie die Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapie und zum Datenschutz zur Kenntnis.
 2. Ich arbeite nach dem Bestellsystem, d.h. dass ich für Sie immer eine Therapiestunde reserviere. Da die Krankenkasse nur durchgeführte Therapiestunden bezahlt, ist es notwendig, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten. Sollten Sie/Ihr Kind einmal verhindert sein, so bitte ich Sie, mir mind. **zwei Tage (48 Stunden)** vor dem Termin abzusagen. Andernfalls muss ich Ihnen bei Nichterscheinen die Sitzung in Rechnung stellen, da ich diese Stunde in der Regel so kurzfristig nicht neu besetzen kann. Das Honorar beträgt in diesem Fall 50,- Euro.
 3. Als privatversicherte Person sollten Sie sich selbst bei Ihrer Versicherung über deren Bedingungen bei Psychotherapie erkundigen. Nicht jede Versicherung übernimmt die Kosten vollständig, so dass eventuelle Zuzahlungen notwendig sind. Das Honorar richtet sich nach den in der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) üblichen Sätzen.
 4. Sie sind verpflichtet eine Änderung des Versicherungsverhältnisses (bspw. Wechsel der Krankenkasse) der Therapeutin gegenüber sofort mitzuteilen. Im Falle eines Versäumnisses haften Sie für finanzielle Folgen.
 5. Eine laufende Therapie kann jederzeit beiderseitig gekündigt werden. Voraussetzung hierfür ist ein persönliches Gespräch.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind von Frau Juliane Weyer-Lichy nach den o. g. Bestimmungen psychotherapeutisch behandelt wird.
- Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und/oder der meines Kindes einverstanden und bin informiert worden, dass diese Daten 10 Jahre nach Behandlungsende gelöscht werden.

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen. Die Praxis wird den E-Mail-Verkehr im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Sensible persönliche Daten werden nicht per E-Mail versendet. Über die prinzipielle Unsicherheit des E-Mailverkehrs wurde ich informiert. Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich für die Zukunft zurücknehmen.

- Ich wünsche dennoch mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren und bitte dafür die folgende E-Mail-Adresse zu nutzen:

Ort, Datum, Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

ggf. Unterschrift der/des zweiten Sorgeberechtigten