

Anmeldeformular

Ambulante Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie

Hiermit melde ich mich / mein Kind zur Sprechstunde an.

Die Anmeldung garantiert noch keinen Therapieplatz, ist aber Voraussetzung für ein Erstgespräch

Patient: _____ **M / W / divers** (bitte einkreisen)

Anschrift: _____

Alter: _____ **geb. am** _____

Eltern / Sorgeberechtigte: _____ ; _____

Trennung / geteiltes Sorgerecht: ☐ **Nein** ☐ **JA** → Einverständniserklärung S. 2 ausfüllen!

Telefon: _____

- ☐ gesetzlich versichert bei: _____

Teilnahme am Hausarztmodell: ☐ **JA** ☐ **Nein**

- ☐ privat versichert über: _____

→ **Hauptversicherter:** _____

Hausarzt: _____

Kinder- und Jugendpsychiater: _____

Medikation: _____

Empfehlung von: _____

Anmeldegrund / Symptomatik / Vorbehandlungen / Diagnosen:

Mögliche Therapiezeiten: _____

☐ *Flexibel (wenn „flexibel“ schnellster Termin möglich)*

Datum: _____

Erklärung der Sorgeberechtigten zu Beginn der Behandlung

betrifft:

Vor- und Nachname _____

geboren am _____

O.g. Patient/in wurde uns seitens eines Sorgeberechtigten vorgestellt. Da ein gemeinsames Sorgerecht besteht, wollen wir Sie darüber in Kenntnis setzen und Ihr Einverständnis einholen. Füllen Sie bitte hierfür nachstehende Erklärung aus.

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/Sohn eine psychotherapeutische Behandlung in der Praxis für Psychotherapie von Frau Veronika Dauch erhält. Mit der Durchführung psychodiagnostischer Verfahren (Interviews, Fragebögen) zu Beginn der Behandlung bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Sorgeberechtigte/r