

Anmeldeformular zur Behandlung

**Bitte senden sie dieses Formular ausgefüllt und von allen
Sorgeberechtigten unterschrieben an unsere Praxis und rufen Sie danach an um einen Termin
zu vereinbaren.**

**Zum Ersttermin sollen das Kind und möglichst beide Eltern oder die Sorgeberechtigten
erscheinen.**

Bringen Sie bitte die Krankenversicherungs-**Chipkarte**, das gelbe **Untersuchungsheft** (U1 bis U9) und
ggf. Kopien der Schulzeugnisse sowie, falls vorhanden, **Berichte** über Vorbehandlungen oder sonstige
fachliche Einschätzungen zum Termin mit.

Bei kurzfristigen Terminabsagen wird ein Ausfallhonorar nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) erhoben.

Füllen Sie bitte folgende Felder aus:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Wohn-Adresse:

Telefonnummer und Email der Sorgeberechtigten:

Vorbehandlungen:

Anlass für die Vorstellung?

Besteht aktuell eine laufende Behandlung des Patienten in einem
Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder
einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung? **Ja** **Nein** (Bitte ankreuzen)

Einverständniserklärung:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind in o.g. Praxis kinder- und
jugendpsychiatrisch behandelt wird.

Ich stimme zu, dass Daten zur ausschliesslichen Verwendung in der Praxis aufgezeichnet und
archiviert werden dürfen.

Bei Absenden des Schreibens mit nur einer Unterschrift wird vom Unterschreibenden
damit bestätigt, dass das alleinige Sorgerecht vorliegt.

Datum:

(**Unterschrift** des ersten Sorgeberechtigten
z.B. der Mutter)

Datum:

(**Unterschrift** des zweiten Sorgeberechtigten bei
gemeinsamen Sorgerecht, z.B. des Vaters)

Sozialpsychiatrie-Praxis Peter Dirscherl und Martin Ristau

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Meeraner Str. 21, 12681 Berlin

Telefon: 03054706068, FAX: 03054706069

Email: praxis@kinderpsychiatrie-berlin.org

www.kinderpsychiatrie-berlin.org