

Anmeldeformular zur Behandlung

Bitte senden sie dieses Formular ausgefüllt und von allen Sorgeberechtigten unterschrieben an unsere Praxis und rufen Sie danach unter 030 54706068 an um einen Termin zu vereinbaren.

Jugendliche ab 16 Jahren können sich auch ohne schriftliche Erlaubnis der Sorgeberechtigten zur Behandlung anmelden.

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 letzten Schulzeugnisse sowie, Berichte über Vorbehandlungen oder 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:

Wohnanschrift:

Kontaktdaten unsres Ansprechpartners:
(Telefonnummer und e-mail)

Anlass für die Vorstellung:

Bisherige Behandlungen:

- Psychotherapie?
- Ergotherapie?
- Logopädie?
- Krankenhausaufenthalte?

Pädagogische Hilfen:

- Förderstatus in der Schule?
- Lerntherapie?
- Einzelfallhilfe/Familienhilfe?
- Soziale Gruppen durch das Jugendamt?
- Institutionelle Erziehung/Fremdunterbringung?

Besteht aktuell eine laufende Behandlung des Patienten in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder einer anderen sozialpsychiatrischen Praxis? **Nein**
(bitte Zutreffendes unterstreichen)

Einverständniserklärung:

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

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

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

Datum:

Unterschrift aller Sorgeberechtigten: _____

Sozialpsychiatrie-Praxis Peter Dirscherl
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Meeraner Str. 21, 12681 Berlin
Telefon: 03054706068, FAX: 03054706069
Email: praxis@kinderpsychiatrie-berlin.org
www.kinderpsychiatrie-berlin.org