

Anmeldebogen

Personalien

Ausgefüllt am: _____ von Mutter
 Vater
 Andere: _____

Patient/in

Name:	Vorname:
geb. am:	Telefon:
Straße:	PLZ/Ort:
Krankenkasse:	versichert über Mutter: versichert über Vater:

Mutter

Name:	Vorname:
geb. am:	Telefon:
Straße:	PLZ/Ort:
leibliche Mutter <input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Pfleagemutter <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schulabschluss: Derzeitiger Beruf:

Vater

Name:	Vorname:
geb. am:	Telefon:
Straße:	PLZ/Ort:
leibliche Vater <input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Pflegevater <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schulabschluss: Derzeitiger Beruf:

Eltern getrennt lebend: ja nein falls ja, getrennt lebend seit: _____

Mit wem wohnt das Kind zusammen? _____

Behandelnder Kinder- oder Hausarzt: _____

Weitere Kinder

Name des Kindes	Geb. am:	Halbgeschwister	Wohnt zu Hause
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bisherige Kindergarten- und Schullaufbahn

von	bis	Kindergarten/Schule/etc.	Ort

Derzeitige/r Kindergarten/Schule

Name des Kindergartens/der Schule	Klasse/Gruppe	Klassenlehrer/Betreuer

bisherige ambulante psychotherapeutische/ergotherapeutische/logopädische u.a. Behandlungen

von	bis	Praxis/Einrichtung/u.a.	Ort

Bisherige stationäre/teilstationäre Klinikaufenthalte

von	bis	Klinik	Ort

Entbindung der Schweigepflicht

Patient

Name:	Vorname:
Geb. am:	Straße:
	PLZ/Ort:

Sorgeberechtigter:

Name:	Vorname:
Telefon/Mobil:	Straße:
	PLZ/Ort:

Sorgeberechtigter:

Name:	Vorname:
Telefon/Mobil:	Straße:
	PLZ/Ort:

Hiermit befreie(n) ich/wir die Praxis Palstek und unten genannte Personen bzw. Einrichtungen wechselseitig von der Schweigepflicht.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Informationen und Berichte zwischen der Praxis Palstek und den unten genannten Personen und Einrichtungen ausgetauscht werden.

	Name	Telefonnummer	Datum/Unterschrift
Hausarzt, Kinderarzt			
Schule/Kindergarten			
Ambulanter Therapeut			
Klinik			
Jugendamt			

Jugendliche ab einem Alter von 14 Jahren, bitten wir auch zu unterschreiben!

Einverständniserklärung

Name, Vorname (Mutter): _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Sorgeberechtigt: ja nein

Name, Vorname (Vater): _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Sorgeberechtigt: ja nein

Name, Vorname (Vormund, andere Sorgeberechtigte): _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Ich bin / Wir sind einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn/mein Mündel

Name, Vorname, Geb. am _____

in der Praxis Palstek ambulant behandelt wird.

Papenburg, den _____ Unterschrift _____

Therapievereinbarungen

Sehr geehrte Eltern, liebe Patientinnen und Patienten!

Terminvergabe und Terminabsagen

Für die kontinuierliche und erfolgreiche Behandlung Ihres Kindes sind Termine am Vor- und Nachmittag notwendig.

Selbstverständlich gibt es gelegentlich Gründe, die es unmöglich machen, vereinbarte Diagnostik- oder Therapietermine einzuhalten, wie etwa akute Erkrankungen, etc. Da im Rahmen des Praxisbetriebs für Untersuchungen sowie Behandlungen 30 – 60 Minuten eingeplant werden, ist es uns nicht möglich, kurzfristig abgesagte Termine neu zu vergeben.

Bei kurzfristiger Absage, mit Ausnahme von akuten Erkrankungen oder Ereignissen, die nicht **spätestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mit der Praxis Palstek abgesprochen werden, müssen wir Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von **67,03€**, das entspricht dem Satz der Ziffer 885 gemäß der Gebührenordnung für Ärzte, in Rechnung stellen.

Bei verspätet wahrgenommenen Terminen verkürzt sich die Sitzung mit Ihrem Kind entsprechend. Bei längerem Gespräch oder Mitteilungsbedürfnissen Ihrerseits vereinbaren Sie bitte einen gesonderten Termin, um Ihrem Kind nicht wichtige Zeit und Strukturabläufe zu nehmen.

Rezepte und Verordnungen, die nicht im Rahmen eines Therapietermins mitgenommen werden, bestellen Sie bitte mindestens 24 Stunden im Voraus.

Kostenübernahme

Meine Praxis ist für alle Kassen zugelassen. Ich benötige zur Leistungsabrechnung zu Beginn jeden Quartals die Gesundheitskarte der Krankenkasse Ihres Kindes (ohne gültige Gesundheitskarte kann keine Behandlung stattfinden!) und eine Überweisung von Ihrem Kinder- oder Hausarzt.

Stellungnahme und Gutachten

Selbstverständlich sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen durch die Krankenversicherung abgedeckt.

Kostenlos sind Schulbescheinigungen und Befundberichte. Befundberichte können dem Überweiser (zumeist Kinder- und Hausarzt) zugehen.

Stellungnahmen, psychologische Befunde und Diagnostikberichte z.B. gegenüber Kindergärten, Schulen, Jugendämtern, Familiengerichten etc. sind kostenpflichtig und werden Ihnen mit einem Honorar je nach Aufwand zwischen 5,00€ und 40,00€, das entspricht dem Satz der Ziffern 70, 75, 76, 77, 78 und 80 gemäß der Gebührenordnung für Ärzte, von einer privaten Verrechnungsstelle in Rechnung gestellt (Einverständniserklärung auf weiterem Formular).

Bei Bedarf informieren Sie sich gerne an der Anmeldung.

Ich habe die oben genannten Punkte zur Kenntnis genommen und bin mit den Therapievereinbarungen einverstanden:

Name des Kindes: _____

Ort, Datum

Unterschrift (aller) Sorgeberechtigter