

# Anmeldebogen

Praxis Dr. med. Andrea Schwalb

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie

Hickengrundstr. 75  
57299 Burbach-Holzhausen

Telefon 0 27 36 - 44 95 67

Fax 0 27 36 - 50 95 11

E-Mail kontakt@spv-praxis-schwalb.de

Name des Kindes:.....

Geb. Datum: .....

Straße: ..... PLZ: ..... Ort: .....

Tel.-Nr. (privat): ..... Tel.-Nr. (dienstl.): .....

Handy-Nr. (Mutter/Vater/Kind).....zusätzl. Handy-Nr. (wer?):.....

E-Mail: .....

Mutter: Name: ..... Geb. Jahr: ..... Beruf: .....

Vater: Name: ..... Geb. Jahr: ..... Beruf: .....

Wann Eheschließung:..... Trennung: :..... Scheidung:.....

Wer hat das Sorgerecht?  Beide  Mutter  Vater  andere Pers. ....

- Adresse - bei abweichender Adr. als oben: .....

Neuer Lebenspartner: .....

Geschwister – mit Geb. Datum:.....

Zuständiges Jugendamt/ Ansprechpartner: .....

Behandelnder Arzt: ..... Ort der Praxis:.....

Kindergarten-Betreuerin / Schule-Lehrer:.....

## Wichtige Hinweise bzgl. Parallelbehandlung, Ausfallshonorar und Einverständnis

- ➔ Hiermit erkläre(n) ich/wir, dass **keine laufende Parallel-Behandlung** in einem sozialpädiatrischen Zentrum, einer psychiatrischen Institutsambulanz oder einer anderen sozialpsychiatrischen Praxis derzeit stattfindet und keine Termine vereinbart sind. Falls sich dies verändert, verpflichte ich mich, dies sofort mitzuteilen.
- ➔ Bedenken Sie bitte, dass **jeder Termin extra für Sie freigehalten** wird und die getroffenen Terminvereinbarungen verbindlich sind.  
Hiermit vereinbare ich für jeden nicht oder verspätet abgesagten Arzttermin (von Mo-Fr; spätestens 24h vorher; mit Angabe des Absagegrundes) gem. §§ 304, 615, 683 BGB einen Aufwendungssatz in Höhe von 25 € pro ausgefallene halbe Stunde an Frau Dr. Schwalb zu zahlen. Bitte beachten Sie, dass diese Kosten nicht von Ihrer Krankenkasse erstattet, sondern Ihnen privat in Rechnung gestellt werden.
- ➔ Hiermit erkläre(n) ich mich/wir uns damit einverstanden, dass zu Dokumentationszwecken ein Foto unseres Kindes bei der Anmeldung gemacht wird. Geeignete Vorkehrungen gegenüber Zugriffen Unbefugter werden getroffen.
- ➔ Ich bin/ wir sind darüber informiert worden, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nur mit dem **Einverständnis aller Sorgeberechtigten** erfolgen kann. Der/ Die Unterzeichnende(n) versichert hiermit, dass alle Sorgeberechtigten informiert und mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellung und Behandlung einverstanden sind.
- ➔ Wir bitten Sie, Ihre Kinder nach den Terminen **immer oben abzuholen**, weil sie manchmal nach der Therapie aufgewühlt sein können und impulsiv handeln könnten. Sobald ihr Kind die Praxis verlässt, untersteht es wieder Ihrer Aufsichtspflicht.

Holzhausen, den .....

(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)