



ANMELDUNG ZUR FACHÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG

SORGERECHT

Wer hat das Sorgerecht:

Beide Eltern Mutter Vater Andere: _____

Bei wem lebt das Kind:

Beide Eltern Mutter Vater Andere: _____

Gab es bereits Kontakt zum Jugendamt? Wenn ja, zu wem?

Als Inhaber der elterlichen Sorge für _____ (Name des Kindes)

bin ich damit einverstanden, dass Unterlagen (Akte, Berichte, Untersuchungsergebnisse) der in diesem Bogen angeben Stellen von der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Haching** angefordert werden können.

Mir ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden. Sollten Sie wünschen, dass von einigen Stellen keine Befunde angefordert werden, so vermerken Sie es bitte hier.

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigten



HONORARAUSFALLVEREINBARUNG

Jeder Patient wird für seinen Behandlungstermin einbestellt. Ihre Zeit wird für Sie planbar und Wartezeiten in der Praxis entfallen. Dieses Prinzip einer Bestellpraxis gewährleistet, dass die therapeutischen Gespräche in einer optimal ungestörten, konzentrierten und ruhigen Atmosphäre verlaufen können.

Die Patientin / der Patient verpflichtet sich, die fest vereinbarten Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen und bei Verhinderung, rechtzeitig, d.h. 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, abzusagen. Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung oder eine telefonische Absage auch auf Anrufbeantworter. Bei nicht rechtzeitiger Absage – auch für eine Erstvorstellung – wird ein Bereitstellungshonorar in Höhe von 140,- € in Rechnung gestellt. Diese ist ausschließlich von Ihnen selbst zu tragen und wird nicht vom Versichertenträger rückerstattet. Im Falle von einer kurzfristigen Erkrankung wird kein Bereitstellungshonorar geltend gemacht. Diese ist jedoch durch ein ärztliches Attest zu bescheinigen. Diese Regelung zum Honorarausfall gilt sowohl für gesetzlich, privat Versicherte als auch für Selbstzahler.

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift



SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Der / Die Unterzeichnende erklärt sich damit einverstanden, dass die Mitarbeiterin der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Haching**, Informationen über

Name, Vorname des / der Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse:

von folgenden Stellen anfordert bzw. Kontakt aufnimmt zu:

Kinderarzt Kindergarten Schule ASD Jugendamt Therapeuten

Der / Die Unterzeichnende entbindet die Mitarbeiter der genannten Stelle von Ihrer Schweigepflicht gegenüber der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Haching für Kinder und Jugendliche.

Genauso werden die Mitarbeiter der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Haching** von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber den Mitgliedern in der Praxis sowie den angegebene Stellen entbunden.

Name, Vorname des / der Unterzeichnenden:

Adresse:

Rechtliche Beziehung zu dem Patienten: _____

Datum

Unterschrift



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Wer hat das Sorgerecht:

Beide Eltern Mutter Vater Andere: _____

Bei wem lebt das Kind:

Beide Eltern Mutter Vater Andere: _____

Als Inhaber der elterlichen Sorge für _____ (Name des Kindes)
bin ich damit einverstanden, dass Unterlagen (Akte, Berichte, Untersuchungsergebnisse) von

Kinderarzt/Hausarzt Andere: _____

von der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Haching** angefordert werden können.

Mir ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden. Mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung und Behandlung bin ich einverstanden.

Im Rahmen der Behandlung / Diagnostizierung können auch Fotos oder Videoaufnahmen vom o. g. Kind in der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Haching** zur alleinigen Verwendung in der Praxis erstellt werden.

Damit bin ich ausdrücklich einverstanden **JA**

Datum

Unterschrift