



## 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 – Regelung bei Terminabsagen

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. Für Montagstermine gilt: Eine Absage muss spätestens am vorherigen Freitag bis 12.00 Uhr erfolgen.

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.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese Regelung an.

\_\_\_\_\_  
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