

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 Ju	ugendamt? Wenn ja, zu wem?	
Als Inhaber der elterlichen Sor	ge für	(Name des Kindes)
bin ich damit einverstanden, d	ass Unterlagen (Akte, Berichte, Unter	suchungsergebnisse) der in diesem
Bogen angeben Stellen von de angefordert werden können.	er Praxis für Kinder- und Jugendps	ychiatrie und Psychotherapie Haching
Mir ist bekannt, dass alle Unte	rlagen streng vertraulich behandelt w	erden. Sollten Sie wünschen, dass von
einigen Stellen keine Befunde	angefordert werden, so vermerken S	ie es bitte hier.
 Datum	Unterschrift Sorgeberechtig	uten

🖺 089/614 217 809 🖄 info@kjp-haching.de

[doc. ver. 20251117]



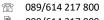
HONORARAUSFALLVEREINBARUNG – Regelung bei Terminabsagen

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 erkenn	e 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. K	Contakt aufnimmt zu:				
Kinderarzt Kindergarten	Schule ASD Jugendamt Therapeuten				
	die Mitarbeiter der genannten Stelle von Ihrer Schweigepflicht nd Psychotherapie Haching für Kinder und Jugendliche.				
Genauso werden die Mitarbeiter der P	Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie				
Haching von der beruflichen Schweige angegebene Stellen entbunden.	epflicht gegenüber den Mitgliedern in der Praxis sowie den				
Name, Vorname des / der Unterzeichn	enden:				
Adresse:					
Rechtliche Beziehung zu dem Patiente	en:				
Datum	Unterschrift				

[doc. ver. 20251117]



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Wer hat das Sorgerecht	:		
Beide Eltern	Mutter	Vater	Andere:
Bei wem lebt das Kind:			
Beide Eltern	Mutter	Vater	Andere:
Als Inhaher der elterliche	en Sorge für		(Name des Kindes)
			erichte, Untersuchungsergebnisse) von
		•	
Kinderarzt/Hausarzt		Ander	e:
	ler- und Jugendp	sychiatrie u	nd Psychotherapie Haching angefordert werden
können.			
Mir ist bekannt, dass alle	e Unterlagen stren	g vertraulich	behandelt werden. Mit der kinder- und
jugendpsychiatrischen U	Intersuchung und	Behandlung	bin ich einverstanden.
Im Rahmen der Rehand	llung / Diagnostizie	arung können	auch Fotos oder Videoaufnahmen vom o. g. Kind in
	0 0	Ū	Psychotherapie Haching zur alleinigen Verwendung
in der Praxis erstellt wer		natile und F	Sychotherapie Haching zur alleinigen Verwendung
iii dei Fraxis erstellt wei	den.		
Damit bin ich ausdrücl	klich einverstand	en	AL
Datum	Ur	nterschrift	

[doc. ver. 20251117]