

# Anmeldebogen

zur Eintragung auf die Warteliste

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnr. Kind: \_\_\_\_\_

Haus-/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Kindergarten/  
Schule & Klasse: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner  
Kita/ Schule: \_\_\_\_\_

## Sorgeberechtigte(r)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

## Weiterer Sorgeberechtigte(r)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigter:**  gemeinsames Sorgerecht  Mutter  Vater  Sonstige: \_\_\_\_\_

**Bei alleinigem Sorgerecht fügen Sie der Anmeldung bitte eine Kopie über den Gerichtsbeschluss bei.**

*Im Falle eines Notfalls bitte kontaktieren:*

Beschreiben Sie bitte kurz den Grund der Anmeldung:

Besteht ein Suizidrisiko?

ja

nein

weiß nicht

Liegt akute Eigen- oder Fremdgefährdung vor?

ja

nein

weiß nicht

Nimmt Ihr Kind

nein

Medikamente?

ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind schon einmal Therapie gehabt?

ambulant Wann und wo? \_\_\_\_\_

stationär Wann und wo? \_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Hauptversicherten

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer d. Hauptversicherten

**Bitte nehmen Sie die nachfolgenden Bedingungen für Psychotherapie zur Kenntnis:**

1. Die Behandlung wird nach den Bestimmungen des Psychotherapeutengesetzes und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für Psychotherapie durchgeführt. Bitte nehmen Sie die **Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapie und zum Datenschutz zur Kenntnis**.
2. Ich arbeite nach dem Bestellsystem, d.h. dass ich für Sie immer eine Therapiestunde reserviere. Da die Krankenkasse nur durchgeführte Therapiestunden bezahlt, ist es notwendig, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten. **Sollten Sie/Ihr Kind einmal verhindert sein, so bitte ich Sie, mir mind. zwei Tage (48 Stunden) vor dem Termin abzusagen. Andernfalls muss ich Ihnen bei Nichterscheinen die Sitzung privat berechnen, da ich diese Stunde in der Regel so kurzfristig nicht neu besetzen kann. Das Honorar beträgt in diesem Fall 50,- Euro.**
3. Sind Sie privat versichert, sollten Sie sich selbst bei Ihrer Versicherung über deren Bedingungen bei Psychotherapie erkundigen. Nicht jede Versicherung übernimmt die Kosten vollständig, sodass eventuell Zuzahlungen notwendig sind. Unsere Honorare richten sich nach den in der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) üblichen Sätzen.
4. Sie sind verpflichtet eine **Änderung des Versicherungsverhältnisses** dem Therapeuten gegenüber sofort mitzuteilen. Im Falle eines Versäumnisses haften Sie für finanzielle Folgen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind von Herrn Thomas Buchholz oder seinen Mitarbeitern nach den o.g. Bestimmungen psychotherapeutisch behandelt wird. Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und/oder der meines Kindes einverstanden und bin informiert worden, dass diese Daten 10 Jahre nach Behandlungsende gelöscht werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des zweiten Personensorgeberechtigten