



Anmeldung für eine psychotherapeutische Sprechstunde /Psychotherapie

Nachname, Vorname: geb. am:

Anschrift:

Telefon (priv. / dienstlich):

Handy: Staatsangehörigkeit:

Krankenkasse /Hauptversicherter:

Zuständiger Hausarzt:

Bei Kindern / Jugendlichen: Sorgerecht bei:

Eltern: Vater (Vor- und Nachname):, geb.: am:

Mutter (Vor- und Nachname):, geb.: am

Wohnort eines Elternteils / der Eltern, falls von Kind / Jugendlichen abweichend:

.....

Telefonnummer eines Elternteils, falls von Kind / Jugendlichen abweichend

.....

Weshalb möchten Sie sich bzw. Ihr Kind / Ihre(n) Jugendliche(n) gerne vorstellen?

(Beschreiben Sie bitte die bestehenden Schwierigkeiten)

.....

.....

.....

Welche Fragestellungen und Erwartungen haben Sie?

.....

.....

Waren Sie bzw. Ihr Kind bereits deshalb in Vorbehandlung? Wenn ja, wann (von – bis) und wo?

.....

.....

Erklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich bzw. das o.g. Kind in der angegebenen **Krankenkasse versichert** ist. Ich verpflichte mich zur Zahlung der entstehenden Kosten, soweit sie nicht von dem o.a. Kostenträger bezahlt werden. Das sind insbesondere Kosten, die durch nicht wahrgenommene oder zu kurzfristig abgesagte Termine entstehen.

Mit der elektronischen **Speicherung und Verarbeitung der Patientendaten** meines/unseres Kindes in der Praxis und elektronischen **Übermittlung** seiner Daten an seine Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung Bayern, soweit zu Abrechnungszwecken erforderlich, erkläre(n) ich mich/wir uns, stets schriftlich widerruflich, ausdrücklich einverstanden.

Email (falls vorhanden und gewünscht).....

(Hinweis: Der Versand und Empfang von Emails kann, insbesondere bei unverschlüsseltem Email-Verkehr, unsicher sein. Unbefugte Dritte könnten von Absender, Empfänger und Inhalt der Email Kenntnis erlangen)

Mit dem **Versand und Empfang von Emails** durch und von der Praxis Häfner ausschließlich zur Absprache organisatorischer und terminlicher Angelegenheiten bin ich/sind wir, stets schriftlich widerruflich, einverstanden (*falls nicht gewünscht, Absatz bitte streichen!*).

Datum, Unterschrift (bei Kindern / Jugendlichen) aller Sorgeberechtigten

Bitte schicken Sie mir den ausgefüllten Anmeldebogen vor dem Ersttermin zurück. Teilen Sie mir mit, an welchen Tagen ich Ihnen, evtl. auch kurzfristig, einen Vormittagstermin anbieten könnte. Die Wartezeit verkürzt sich mitunter enorm, wenn ich Ihnen einen Termin geben kann, der z.B. wegen Krankheit von einem anderen Patienten abgesagt und somit frei wird. Beim Ersttermin denken Sie bitte daran, Ihre Versicherungskarte sowie relevante Vorbefunde (z.B. Arztberichte) mitzubringen.

Herzlichen DANK!