

**Liebe Patienten,
bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus:
Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Vielen Dank**

Name Kind		Evtl. anders lautender Name d. Erziehungsberechtigten	
Vorname		Geburtsdatum	
Straße			
PLZ	Wohnort		
Schule/Kita od. ä.		Klasse	Name: Lehrer/Erzieher
Telefon privat		Telefon mobil	
Telefon dienstlich		E-Mail	
Krankenkasse		Waren Sie in diesem Quartal schon bei einem anderen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie? Wann: Wer:	
Vor- und Zuname des Hauptvers./Erziehungsber.		Geburtsdatum	Überweisender Arzt/Hausarzt – od. Empfehlung von:

**A
N
M
E
L
D
U
N
G**

Nur von getrennt lebenden Eltern

auszufüllen

Bei geteiltem Sorgerecht ist die Einverständniserklärung zur Behandlung des 2. Elternteilseinzuholen.

Ich bin **nicht** alleine
sorgeberechtigt

Ich bin alleine
sorgeberechtigt

Hier bitte Einverständniserklärung
getrennt lebender Eltern ausfüllen !

Datum	Unterschrift des Patienten/Versicherten
-------	---

Ich versichere, dass alle Angaben korrekt sind.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Portrait vom Patienten für Praxiszwecke und die Daten gespeichert bzw. zu eventuellen Zahlungszwecken an ein Inkassobüro weitergegeben werden dürfen.



Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen **48 Std. vorher** absagen muss. Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat mit **30,- €** in Rechnung gestellt werden.