

# Anita Josenhans

Kinder- und Jugendpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie)

Konrad-Adenauer-Str. 27; 85 221 Dachau  
Fon 08131-165 14 52 Mob.: 0176-23 96 1661

## Patientenformular

**Mutter** Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

**Vater** Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

**Kind** Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_  private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte(r):  verheiratet

**oder**  gemeinsam  Mutter  Vater

Adresse Sorgeberechtigte(r): \_\_\_\_\_

Adresse des Rechnungsempfängers: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Vorstellungsgrund: \_\_\_\_\_

## Kostenübernahme

Ich/wir trage(n) die Kosten für geleistete Therapiestunden (gemäß GKV nach EBM 99,78 Euro), die nicht von der Krankenkasse übernommen werden selbst. Sollte ein Gutachten von meiner Krankenkasse abgelehnt werden oder sollte(n) ich/wir die Behandlung vorzeitig abbrechen, übernehme(n) ich/ wir die entstandenen Kosten selbst. 1 Therapiestunde wird gemäß GKV nach EBM 99,78 Euroverrechnet.

Vereinbarte Termine müssen mind. 24 h vorher abgesagt werden. Sollte dies nicht geschehen, erkläre(n) ich mich/ wir uns ebenfalls bereit, die entstandenen Kosten selbst zu tragen

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift