

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: _____

Beruf _____

Vater Vorname: _____ Nachname: _____ Geb.datum: _____

Beruf _____

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: _____

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Sohn/ meine Tochter _____
eine ambulante Psychotherapie aufnimmt.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter

Ort, Datum

Unterschrift Vater

Anita Josenhans

Kinder- und Jugendpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie)

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

Entbindung von Schweigepflicht

Bei vielen psychischen Problemen ist eine Zusammenarbeit mit weiteren Personen oder Institutionen (z.B. Kindergarten, Schule, Jugendamt) hilfreich und notwendig.

Kinder- und Jugendpsychotherapeutin (VT) Josenhans entbinde ich gegenüber folgenden Personen und Institutionen von ihrer Schweigepflicht:

1. Schule/ Kindergarten: _____

2. Jugendamt: _____

3. Ärzte: _____

4. _____

5. _____

6. _____

Vorbefunde: Bitte fordern Sie die Vorbefunde an, von: _____

Ort, Datum

Unterschrift Mutter

Ort, Datum

Unterschrift Vater

Anita Josenhans

Kinder- und Jugendpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie)

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

Kostenübernahme

Ich/wir trage(n) die Kosten für geleistete Therapiestunden (gemäß GOP bzw. EBM-Richtlinien), 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. 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. Für kurzfristig abgesagte Termine kann gerne ein Elternteil/wichtige Bezugsperson den Termin übernehmen

Ort, Datum

Unterschrift Mutter

Ort, Datum

Unterschrift Vater

Einwilligung zum E-Mail-Postaustausch und SMS-Nutzung (die Praxis antwortet zu 99% per Email, auch bei Erhalt von smssen bitte beachten!- vielen herzlichen Dank)

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per E-Mail und SMS auszutauschen. Die Praxis wird den SMS und E-Mail-Verkehr im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Sehr sensible persönliche Daten werden nicht per E-Mail und SMS versendet. Diese können in der Therapiestunde persönlich besprochen oder auf dem Postweg verschickt werden.

Über die prinzipielle Unsicherheit des SMS und E-Mailverkehrs wurde ich informiert.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Ich wünsche dennoch mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren und bitte folgende E-Mail-Anschrift zu nutzen

Ich wünsche dennoch mit der Praxis per SMS zu kommunizieren

Tel.: _____ Fax: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschrift Mutter/Vater

Darüber hinaus möchte ich gerne über WhatsApp kommunizieren bezüglich Terminabsprachen

Ort, Datum

Unterschrift Mutter/ Vater