

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: _____

Einverständniserklärung

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

Videoaufnahmen

Aufgenommene Videos in der Praxis dienen der Dokumentation, der Verlaufsprotokolle, der Nachbereitung von Therapiesitzungen und zur Planung weiterer Therapieschritte beziehungsweise sind ein wichtiges Arbeitselement zur Reflexion des Patientenverhaltens, um konstruktives Verhalten zu erproben und zu erlernen. Die Bandaufzeichnungen werden nur innerhalb der Praxis verwendet.

Ich bin mit Videoaufnahmen unter den oben genannten Bedingungen einverstanden.

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. _____

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

Ort, Datum

Unterschrift