

# Neuanmeldebogen

Standort:

kassenärztliche Praxis Aschaffenburg

Privatpraxis Bad Homburg



**KiJu  
Praxis  
Schnee**

Kinder- und Jugendlichen-  
Psychotherapie

## Angaben zum/r Patienten/in:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
Versichert über Vater/Mutter

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Zurzeit in Kindergarten/Schule/Ausbildungsstelle

\_\_\_\_\_  
Schulklasse

\_\_\_\_\_  
Kinderarzt/Hausarzt

Patient/in lebt bei:       beiden Eltern  leiblicher Mutter  leiblichem Vater

Sonstige: \_\_\_\_\_

Sorgerecht liegt bei:       beiden Eltern  leiblicher Mutter  leiblichem Vater

Sonstige: \_\_\_\_\_

Wie ist ihr Kind versichert:  gesetzliche Krankenkasse  private Krankenkasse  Beihilfestelle

Sonstige: \_\_\_\_\_

## Angaben zu den Eltern:

\_\_\_\_\_  
*Name der Mutter/Ersatzmutter*

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse (falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
Erlerner Beruf

\_\_\_\_\_  
aktuell berufstätig als

\_\_\_\_\_  
*Name des Vaters/Ersatzvaters*

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse (falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
Erlerner Beruf

\_\_\_\_\_  
aktuell berufstätig als

## Angaben zu den Geschwistern:

Name:

Geburtsdatum:

Schule/Ausbildung:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Angaben zu Beschwerden/ Problemen:

1. Beschreiben Sie bitte in eigenen Worten die **Hauptprobleme**, wegen derer Sie eine Behandlung (für Ihr Kind) bei mir wünsche:

2. Wie erklären Sie sich deren **Entstehung und Aufrechterhaltung**?

3. Bestehen bei Ihrem Kind **körperliche Erkrankungen**? Wenn ja, welche und seit wann?

4. Nimmt ihr Kind derzeit **Medikamente**? Wenn ja, welche, welche Dosis und seit wann?

5. War ihr Kind bereits wegen psychischer Probleme in **ambulanter oder stationärer Behandlung**? Wenn ja, wo und von wann bis wann?

### **Wichtige Informationen zum Erstgespräch:**

Bitte beachten Sie, dass ein Erstgespräch und weitere vereinbarte Probatorik-/Diagnostiktermine verbindlich sind und bei Nichtwahrnehmung ein Ausfallhonorar von 75 € fällig wird. Absagen sind bis max. 48h (zwei Werktage, ausgeschlossen Sonn- und Feiertage) vor dem Termin möglich.

Information für Privatpatienten/Selbstzahler: Es wird der 3,5fache Satz (nach GOÄ/P = Gebührenordnung für Ärzte/Psychotherapeuten) je Sitzung berechnet. Fragen Sie ggf. bei Ihrer PKK nach, ob diese den 3,5fachen Satz übernimmt oder ob eine Zuzahlung Ihrerseits erforderlich ist.

Bitte bringen Sie unbedingt Ihre Gesundheitskarte der Krankenkasse zum Gespräch mit. Bitte bringen Sie zudem sämtliche Vorbefunde und -berichte von Ärzten/Vortherapeuten/Kliniken mit. Sie können diese, falls nicht vorhanden, direkt über den Arzt/Vortherapeuten bzw. die Klinik anfordern!

Es reicht aus, wenn Sie pünktlich zum Termin (aus organisatorischen Gründen kann ich die Tür nicht früher öffnen) kommen, da ich kein Wartezimmer habe.

---

Datum/ Ort/ Patient/in

---

Datum/ Ort/ Sorgeberechtigte/r 1

---

Datum/ Ort/ Sorgeberechtigte/r 2