

Christoph Treubel

Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche

Anmeldebogen

Patient/in: _____
(Name, Geburtsdatum, Wohnadresse)

Versicherung: _____
(Krankenkasse, Hauptversicherter)

Schule/Beruf: _____
(Derzeitige Schule & Klasse bzw. Berufstätigkeit/Erwerbssituation)

Bitte schildern Sie kurz den Grund der Anmeldung:

Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten vor Beginn der Behandlung:

Ich bin einverstanden, dass mein Kind in der psychotherapeutischen Praxis Treubel behandelt wird. Zu Behandlungsbeginn findet im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und probatorischen Sitzungen eine Diagnostik statt, in deren Rahmen geklärt wird, ob eine psychische Störung vorliegt. Hierfür ist in der Regel auch die Anwendung psychologischer Testverfahren (z.B. Intelligenztests, klinische Fragebögen usw.) erforderlich, mit deren Durchführung ich ebenfalls einverstanden bin.

Sorgeberechtigte/r:

Name

Anschrift

Erreichbarkeit

Ort, Datum

Unterschrift

Sorgeberechtigte/r:

Name

Anschrift (wenn abweichend)

Erreichbarkeit (wenn abweichend)

Ort, Datum

Unterschrift

Zusätzliche Erklärung – nur bei alleinigem oder anderem Sorgerecht (z.B. Vormundschaft):

Ich erkläre rechtsverbindlich, dass ich für mein Kind das Sorgerecht in Gesundheitsfragen alleine ausübe und berechtigt bin, die Entscheidung über eine psychotherapeutische Behandlung zu treffen.

Ort, Datum, Unterschrift