

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 wünsche eine psychotherapeutische Behandlung meines Kindes durch die BAG Treubel-Waidner. 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 erforderlich, mit deren Durchführung ich einverstanden bin. Mir ist bekannt, dass die BAG Treubel-Waidner die Behandlung über die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) abrechnet, sofern gesetzliche Versicherung besteht. Hierzu werden die erforderlichen Daten inkl. Diagnosen erhoben, gespeichert und an die KVB und von dieser an die Krankenkasse übermittelt. Bei privater Krankenversicherung erfolgt keine Übermittlung an die KVB und keine direkte Abrechnung mit der Versicherung.

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 allein ausübe und berechtigt bin, die Entscheidung über eine psychotherapeutische Behandlung allein zu treffen (zum ersten Termin ist ein belastbarer Nachweis, z.B. Negativbescheinigung oder Gerichtsbeschluss, vorzulegen).

Ort, Datum, Unterschrift