

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

um Sie und Ihr Kind bestmöglich unterstützen zu können, benötigen wir vorab einige Informationen. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten diesen **Anmeldebogen** und den **Fragebogen zur Entwicklung des Kindes** sorgfältig auszufüllen und uns zukommen zu lassen / zum ersten Termin mitzubringen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne für Antworten zur Verfügung.

Darüber hinaus möchten wir darauf hinweisen, dass **wir Sie/ Ihr Kind** nur in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis als Patient\*in **behandeln können, wenn Sie/ Ihr Kind aktuell an keiner weiteren sozialpsychiatrischen Versorgungseinrichtung angebunden sind/ist**. Sozialpsychiatrische Versorgungseinrichtungen sind z.B. Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxen mit einer Sozialpsychiatrischen Vereinbarung (SPV) und Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken.

Ihr Praxisteam

## **1. Persönliche Daten des zu behandelnden Kindes/ Jugendlichen**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

männlich     weiblich     divers     Sonstige Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
Pronomen:     er/ihn     sie/ihr     Sonstige Bezeichnung: \_\_\_\_\_

(Kontakt-)Adresse (Str., Nr., PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## **2. Daten der Eltern/Sorgeberechtigten/Vormundschaft**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Funktion (Eltern, Mutter, Vater, Bezugsperson): \_\_\_\_\_

(Kontakt-)Adresse (Str., Nr., PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Funktion (Eltern, Mutter, Vater, Bezugsperson): \_\_\_\_\_

(Kontakt-)Adresse (Str., Nr., PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Sorgerechte (**bitte unbedingt angeben, alle Sorgeberechtigten müssen unten unterschreiben!**) / ggf. Vormundschaft: \_\_\_\_\_

*Bitte informieren Sie uns, sollten sich die Kontaktdaten (Telefonnummern, Adresse) ändern.*

## **3. Mitzubringende Unterlagen:**

- Gelbes **Vorsorgeheft**
- Ausgefüllter **Anmeldebogen**
- **Versichertenkarte** des Kindes/ des\*r Jugendlichen
- **Vorbefunde** und **Zeugnisse** (in Kopie), ggf. **Schriftproben**
  - **Befunde aus der Schule** (Lese-/Rechtschreibtests; Rechentests) bei Verdacht auf eine Lese-/Rechtschreib-/Rechenschwäche **dringend erforderlich**

## 4. Schweigepflichtenentbindung - praxisintern

Ich/Wir entbinde/n hiermit den behandelnden Arzt **gegenüber dem Praxisteam** von der ärztlichen/therapeutischen Schweigepflicht. Die Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber praxisexternen Ärzt\*innen/Erzieher\*innen/Therapeut\*innen oder auch Institutionen wie der Schule/ des Jugendamtes erfolgt ggf. gesondert. Auf die Datenschutzrichtlinie nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurde ich hingewiesen und gebe mein Einverständnis dafür.

## 5. Schweigepflichtenentbindung - praxisextern

Behandelnde\*r Haus-/Kinderärzt\*in:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass der\*die behandelnde Kinder-/Hausärzt\*in einen Bericht über die Ergebnisse und Empfehlungen erhält:  Ja  Nein

## 6. Einwilligungserklärung für Ton-/Videoaufzeichnungen und/oder Foto

Ton-/Videoaufzeichnungen von Therapiesitzungen dienen in der professionellen Therapie zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der fachlichen Arbeit. Die Aufzeichnungen können hilfreich sein für den therapeutischen Prozess selbst, aber auch für die Aus-/Weiterbildung der Behandler\*innen und die Qualität der Arbeit der Praxis. Für die Aufnahme, Nutzung und Weitergabe der Aufzeichnungen ist eine Einwilligung erforderlich, die jederzeit eingeschränkt oder vollständig widerrufen werden kann.

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass in der Praxis Sonnenschein (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Ton-/Videoaufzeichnungen von Beratungs-/Therapiesitzungen aufgenommen werden.
- Fotos gemacht werden, die für die elektronische Akte verwendet werden dürfen.

## 7. Fernbleiben von Terminen

Wir möchten Sie freundlicherweise darauf hinweisen, dass Sie im Falle des Nichterscheinens zu einem Behandlungstermin, die weitere Behandlung Ihres/er Kindes/er gefährden. Beim zweiten unentschuldigtem Fernbleiben, besteht möglicherweise kein weiterer Behandlungsanspruch. Durch das Einwilligen in die Behandlung und das Vereinbaren von Terminen, ist ein Behandlungsvertrag abgeschlossen worden, der einzuhalten ist.

**Als entschuldigter Termin gilt eine Absage 24 Stunden vor dem Termin.**

Ansonsten wird eine **Ausfallgebühr von 20 Euro** in Rechnung gestellt.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Berlin, den \_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift(en) aller Sorgeberechtigten\*)

\*Wenn mehr als eine Person das Sorgerecht hat, gibt es die Möglichkeit mit einer **Vollmacht** EINEM Elternteil Entscheidungen bzgl. der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in der Praxis Sonnenschein zu überlassen\*  
(Formular auf der Homepage oder in der Praxis erhältlich)