

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 Nichterscheins 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)*