



Anmeldeformular

FACHBEREICH PSYCHOTHERAPIE

Anmeldedatum _____

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht: weiblich männlich divers

Empfohlen / Überwiesen von _____

Krankenkasse _____ gesetzlich privat Selbstzahler

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Ich bin mit der Kommunikation über die angegebene E-Mail-Adresse einverstanden. Ja Nein

Darf die Mailbox besprochen werden? Ja Nein

Sorgeberechtigte/r Betreuer/in: Mutter Vater Andere _____

Kontaktdaten Sorgeberechtigte/r/ Betreuer/in: _____

Notfallkontakt: Ja Nein

Kontaktdaten Notfallkontakt: _____

Ich bin mit der Kommunikation über die angegebene E-Mail-Adresse einverstanden. Ja Nein

Gab es in den letzten 2 Jahren bereits eine Psychotherapie? Ja Nein

Gab es in den letzten 12 Monaten einen Klinikaufenthalt? Ja Nein

Vorstellungsgrund / Anliegen (Wurde evtl. bereits eine Diagnose gestellt? Wenn ja, welche?)

Alle vereinbarten Termine, auch der 1. Termin, sind verbindlich. Beachten Sie bitte, dass Ihnen **privat** ein Ausfallhonorar über **100 €** gestellt werden muss, wenn Sie den Termin nicht mindestens 48 Stunden vorher absagen. Dies gilt auch bei erheblichen Verspätungen.

Die Informationen zur Verbindlichkeit der vereinbarten Termine habe ich zur Kenntnis genommen.

Leider bedeutet die Sprechstunde in der Regel nicht den Beginn einer regulären und regelmäßigen psychotherapeutischen Behandlung. Aufgabe der Sprechstunde sind eine erste diagnostische Einschätzung, Informationen über die verschiedenen Möglichkeiten der Weiterbehandlung und zum Ablauf einer Psychotherapie, sowie die Indikationsklärung für Personen, die bereits eine Therapie gemacht haben, ob und welche Behandlung sinnvoll sein könnte. Die Durchführung einer Sprechstunde muss vor Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie nachgewiesen werden.



KIRINUS

PRAXIS LANDSHUTER ALLEE

Mögliche Wochentage/Uhrzeiten für einen Therapietermin:

Montag _____

Dienstag _____

Mittwoch _____

Donnerstag _____

Freitag _____

Vereinbarung

In einigen Fällen wird der Termin auch gesetzlich versicherten Patienten privat in Rechnung gestellt, z. B. bei

- eingeschränktem oder fehlendem Versicherungsschutz
- Krankenkassenwechsel während laufender Behandlung ohne frühzeitige Information der Kirinus Praxis
- im aktuellen Quartal nicht vorgelegter oder defekter Versichertenkarte bzw. fehlendem Versicherungsnachweis (Ersatzbescheinigung).

Sie haben bis zu 10 Tage nach der Sitzung Zeit, den Versichertennachweis unaufgefordert nachzureichen, ansonsten wird Ihnen die Behandlung nach der amtlichen Gebührenordnung (GOÄ/GOP) privat in Rechnung gestellt.

Bei Kindern unter 18 Jahren

Name und Geburtsdatum Hauptversicherter: _____

Ggf. abweichende Anschrift: _____

Rechtsverbindliche Schweigepflichtentbindungserklärung gemäß §203 StGB für interne Zwecke

Durch meine Unterschrift entbinde ich die Mitarbeiter der KIRINUS Praxis Landshuter Allee intern von der Schweigepflicht. Diese Entbindung dient einer optimalen medizinischen Versorgung. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/ des Patienten,
Unterschrift ggf. Sorgeberechtigte/r, ggf. Betreuer/in