



Center for child & adolescent psychiatry & psychotherapy
Kinder- & Jugendpsychiatrische Praxis

Klaus Werner Heuschen

Patientenanmeldeformular

München, /

Kind/Pat.: _____
(Vorname) (Nachname) (Geburtsdatum)

Mutter: _____
(Vorname) (Nachname) (Geburtsdatum)

Vater: _____
(Vorname) (Nachname) (Geburtsdatum)

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenversicherung
über KV über KM

Sorgeberechtigte(r): verheiratet **oder** gemeinsam Mutter Vater

Adresse Sorgeberechtigte(r): _____

Adresse Rechnungsempfänger: _____

Telefon: _____ **Mobil:** _____

E-Mail-Adresse: _____

Vorstellungsgrund: _____

Bestätigter Erstvorstellungs-/Kontrolltermin:

Der Termin findet in der Artilleriestraße 13, (Ecke Volkartstraße) in 80636 München statt.

Wir bitten um die **Rücksendung dieser Anmeldung innerhalb von 3 Tagen**, da wir ansonsten den Termin leider streichen müssen. Sollten Sie aus irgendeinem Grund einen mit uns vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir um rechtzeitige Absage (24 Stunden vorher) per Fax, Mail oder Telefon. Da wir eine Bestellpraxis sind, können wir kurzfristig abgesagte Termine nicht wieder belegen und **müssen sie Ihnen ggf. (gem. GOÄ mit 61,20€/Std.) in Rechnung stellen**.

Bitte bringen Sie zum Termin folgende Unterlagen ihres Kindes mit:

- **Versichertenkarte**
- **Jahreszeugnisse sowie das letzte Zwischenzeugnis in Kopie**
- **das gelbe Untersuchungsheft**
- **(falls vorhanden) Testunterlagen/Arztbriefe in Kopie**



Bitte beachten Sie, dass das Schreiben von Fachärztlichen Stellungnahmen z.B. für die Schule (bzw. im Einzelfall auch von Gutachten für das Jugendamt, z. B. Legasthenie, Dyskalkulie etc.) im Gegensatz zu den Untersuchungskosten keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen ist.

Die Rechnungsstellung für **Privatversicherte** haben wir an eine Ärztliche Abrechnungsgesellschaft (Medas) delegiert. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Rechnungsstellung durch die o. g. Firma und den Ausgleich der von der Versicherung möglicherweise nicht erstatteten Beträge einverstanden. Bei volljährigen, privat versicherten Kindern verpflichten sich die Unterzeichnenden zur Zahlung der entsprechenden ärztlichen Honorare. Außerdem sollten Privatversicherte bitte beachten, dass die Leistungserstattung bei bestimmten psychiatrischen, psychotherapeutischen Fragestellungen je nach Vertragsbedingungen eingeschränkt sein kann. Bei allen Fragen diesbezüglich steht Ihnen Ihr Arzt selbstverständlich beratend zur Verfügung.

Ich nehme mit meinem Kind im Behandlungsquartal an keiner anderen sozialpsychiatrischen Versorgung teil (anderer Kinderpsychiater, Institutsambulanz, SPZ/KiZentrum).

Hiermit verpflichten sich getrennt lebende Eltern, sich gegenseitig über einzeln geführte Aufklärungen zu informieren. Bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten ist bei Erstvorstellung, bzw. einer Trennung im Verlauf der weiterführenden Behandlung unaufgefordert darüber hinaus eine Einverständniserklärung des zweiten Sorgeberechtigten zur Behandlung des gemeinsamen Kindes in der Praxis vorzulegen. Sollte diese nicht bis zum Erstvorstellungstermin vorliegen, so sind weitere Untersuchungen/Behandlungen nicht zulässig und werden bis zur Vorlage unterbrochen! Diese kann auch anhand der Unterschrift auf diesem Formular erbracht werden.

(Datum)

(Name und Unterschrift des ersten Sorgeberechtigten)

(Datum)

(ggf. Name und Unterschrift des zweiten Sorgeberechtigten)