



München, den _____

Patientenanmeldeformular

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

Mutter: _____
(Vorname) (Nachnahme) (Geburtsdatum)

Vater: _____
(Vorname) (Nachnahme) (Geburtsdatum)

Sorgeberechtigte/r: gemeinsam, verheiratet & zusammenlebend Mutter hat alleiniges S.
 gemeinsam und getrennt lebend Vater hat alleiniges S.

Gesetzliche Krankenkasse: _____ Private Krankenkasse über über
VK Rückseite: 7. Kennnummer des Trägers 9-stellig Mutter Vater

Adresse des Rechnungsempfängers: _____

Tel: _____ Fax: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Vorstellungsgrund: _____

Erstvorstellungs-/Kontrolltermin:

Termin: _____

Der Termin findet in der Artilleriestr. 13 (Eingang Volkartstr.), 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, E-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:

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



Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie

K. Werner Heuschen

Artilleriestr. 13

80636 München

+49.(0)89.3090566-40

+49.(0)89.3090566-44

sekretariat@heuschen-kjpp.de

Bankverbindung K. Werner Heuschen

Stadtparkasse München

IBAN: DE76 7015 0000 0087 2170 30

BIC: SSKMDEMXXX

Steuer-ID/TIN: 147/198/50333

Bitte beachten Sie, dass das Schreiben von fachärztlichen Stellungnahmen für die Schule bzw. 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 genannte 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. Bitte beachten Sie, dass das Schreiben von fachärztlichen Stellungnahmen für die Schule bzw. Gutachten für das Jugendamt (z.B. Legasthenie, Dyskalkulie, etc.) im Gegensatz zu den Untersuchungskosten nicht immer von der privaten Krankenversicherung übernommen wird. 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 / Kinderzentrum).

Hiermit verpflichten sich getrennt lebende Eltern, sich gegenseitig über einzeln geführte Aufklärungen und Terminen zu informieren.

(Datum)

(Unterschrift Mutter)

(Datum)

(Unterschrift Vater)

Bitte beachten Sie:
Zutritt in die Praxis derzeit nur mit OP Maske
(Stand September 2022)

ab Oktober gilt in allen Arztpraxen FFP2 Masken-Pflicht