



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

Klaus Werner Heuschen

Patientenanmeldeformular

Ort und Datum

Kind/Pat.: _____
Vorname Nachname Geburtsdatum

Mutter: _____
Vorname Nachname Geburtsdatum

Vater: _____
Vorname Nachname Geburtsdatum

Schulart: _____ **Klasse:** _____

☐ Gesetzliche Krankenkasse _____ ☐ Private Krankenversicherung _____

über KV ☐ über KM ☐

Bei Privatversicherten bitte um Angabe des Rechnungsempfängers: ☐ KV ☐ KM

Sorgeberechtigte(r): ☐ gemeinsam, verheiratet, zusammenlebend ☐ Mutter hat alleiniges S.

☐ gemeinsam und getrennt lebend ☐ Vater hat alleiniges S.

Adresse Sorgeberechtigte(r): _____

Beim gemeinsamen Sorgerecht und bei getrennt lebenden Eltern bitte um Angabe, wo das Kind lebt und um Angabe der Anschrift des 2. Sorgeberechtigten:

Telefon Vater: _____ **Telefon Mutter:** _____

E-Mail Vater: _____

E-Mail Mutter: _____

Vorstellungsgrund: _____

Erstvorstellungstermin (Terminvergabe erfolgt seitens des Sekretariats):

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

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
🌐 www.heuschen-kjpp.de

Bankverbindung K. Werner Heuschen
Stadtsparkasse München
IBAN: DE76 7015 0000 0087 2170 30
BIC: SSKMDEMMXXX

Steuer-ID/TIN: 147/198/50333

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, Vorbefunde/Testunterlagen**

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 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/Kinderzentrum).

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

(Datum)

(Unterschrift Kindsmutter)

(Datum)

(Unterschrift Kindsvater)