



Anmeldebogen Kinder/Jugendliche

Daten des Kindes/des Jugendlichen:

Name, Vorname:	_____	Geburtsdatum:	_____
Adresse:	_____	Klasse, Schulart:	_____
	_____	Anmeldung:	_____
Telefon:	_____	Ersttermin:	_____
Handy:	_____	Empfohlen durch:	_____
E-Mail:	_____	Wer nahm Kontakt auf?	_____
Grund der Anmeldung:	_____		

Leibliche Eltern:

Verheiratet seit: _____ Geschieden seit: _____

Mutter:

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Berufstätigkeit: _____

Vater:

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Berufstätigkeit: _____

Sorgeberechtigte(r):

Stief-/Adoptiv-/Pflegeeltern: *Bitte Zutreffendes ankreuzen!*

Stiefelternteil ☐

Adoptiveltern ☐ Pflegeeltern ☐

Stief-/Adoptiv-/Pfleagemutter:

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Berufstätigkeit: _____

Stief-/Adoptiv-/Pflegevater:

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Berufstätigkeit: _____

Geschwister, Halb-/Stief-/Pflegegeschwister: *Bitte Unzutreffendes streichen!*

1. Name, Vorname:	_____	Alter, Tätigkeit:	_____
2. Name, Vorname:	_____	Alter, Tätigkeit:	_____
3. Name, Vorname:	_____	Alter, Tätigkeit:	_____

Unterschriften:

Sorgeberechtigter Vater:	Sorgeberechtigte Mutter:	Gesetzlicher Vormund:
_____	_____	_____

Telefonische Erreichbarkeit

Für uns ist es wichtig, Sie telefonisch bei Bedarf zeitnah erreichen zu können. Daher bitten wir Sie, in der folgenden Tabelle zu notieren, wann Sie normalerweise Montags bis Donnerstags zwischen 9 und 17 Uhr und Freitags zwischen 9 und 12 Uhr am besten telefonisch erreichbar sind.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit					

Einverständniserklärung

Ich wurde darauf hingewiesen, dass sämtliche Behandlungstermine ausschließlich für mein Kind bzw. für mich fest vereinbart sind. Da der Arzt eine Bestellpraxis führt und kinderpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Behandlungen üblicherweise über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, kann er in der Regel vereinbarte Stunden, die der Patient nicht wahrnimmt oder kurzfristig absagt, nicht durch Vereinbarung neuer Termine besetzen. Sofern ein vereinbarter Termin von mir bzw. meinem Kind nicht eingehalten oder nicht rechtzeitig abgesagt wurde, ist mir bekannt, dass ich zur Zahlung des Verdienstausfalles verpflichtet bin. Diese beträgt in Abhängigkeit des Zeitausfalls und der vorgesehenen ärztlichen Leistung zwischen Euro 20,-- und Euro 75,-- pro Stunde. Termine, die rechtzeitig, d.h. mindestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden, werden nicht in Rechnung gestellt.

Sinsheim, den _____ Unterschrift _____

Ich versichere, dass der nicht anwesende sorgeberechtigte Elternteil mit der Untersuchung meines Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie Dr. med. Brox einverstanden ist.

Unterschrift _____

