

# Psychotherapeutische Fachpraxis für Kinder, Jugendliche und Familien

Dr. Niko M.O. Hüllemann, M.A. Päd. Psych.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Arztnummer: 7030397

Kinder- & Jugendlichentherapie (VT) – Familientherapie - Hypnotherapie – Systemisches Coaching

Praxis Nordschwabing: Lerchenauerstr. 34, 80809 München

Postanschrift (Anfragen, Anträge, Gutachten): Ofterdingenstr. 32, 80634 München

Tel: (+49) (0)89- 262 11 266

Fax-Box: 03212-462 23 00

Email: huellemann@kj-psychotherapie.com

München, den \_\_\_\_\_

## Anmeldeformular

**Mutter** Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

**Vater** Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

**Kind** Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_  private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Familienstand:  verheiratet  geschieden  getrennt lebend  zusammenlebend

Sorgeberechtigte(r):  gemeinsam  Mutter  Vater

Einverständniserklärung (nur bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht wird eine Einverständniserklärung des 2. Elternteils benötigt, um eine Psychotherapie durchzuführen)

Adresse Sorgeberechtigte(r): \_\_\_\_\_

Adresse des Rechnungsempfängers: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Vorstellungsgrund: \_\_\_\_\_

Name, Adresse, des Kinderarztes und Kinder-/Jugendpsychiaters: \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie dieser Anmeldung innerhalb von 3 Tagen zurück.**

➔ Liebe Eltern, liebe Patienten sollten Sie oder Ihr Kind aus irgendeinem Grund einen mit mir vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so bitte ich um rechtzeitige Absage (**mindestens 24 Stunden vorher!**) per E-Mail oder Telefon. Da ich eine reine Bestellpraxis führe, kann ich kurzfristig abgesagte Termine nicht wieder belegen und muss Ihnen diesen Termin in Rechnung stellen. Die Ausfallgebühr ist nicht von der Krankenversicherung erstattbar (Grundlage §615 BGB).

**Bitte bringen Sie zum Termin folgende Unterlagen Ihres Kindes mit:**

- **Jahreszeugnisse sowie das letzte Zwischenzeugnis in Kopie**
- **das gelbe Untersuchungsheft**
- **(falls vorhanden) Testunterlagen/Arztbriefe in Kopie**
- **Einverständniserklärung des 2. Elternteils, wenn Sie bei gemeinsamen Sorgerecht getrennt leben.**

Die Rechnungsstellung für **Privatversicherte** kann an eine Ärztliche Abrechnungsgesellschaft (Medas Factoring GmbH) delegiert werden. 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 und befreie hiermit den Behandler von der Schweigepflicht gegenüber Medas für die zur Abrechnung erforderlichen Daten. Bei volljährigen, privat versicherten Kindern verpflichten sich die Unterzeichnenden zur Zahlung der entsprechenden psychotherapeutischen Honorare. Außerdem sollten Privatversicherte bitte beachten, dass die Leistungserstattung bei bestimmten psychotherapeutischen Fragestellungen je nach Vertragsbedingungen eingeschränkt sein kann. Bitte klären Sie daher im Vorfeld Ihre Versicherungsbedingungen ab. Ich nehme mit meinem Kind im Behandlungsquartal an keiner anderen psychotherapeutischen Behandlung (anderer Psychotherapeut, Institutsambulanz).

**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_