Psychotherapeutische Privatpraxis
für Kinder und Jugendliche

JOSEPHINE ROMANG

Anmeldeformular

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes:

_____

Geburtsdatum:

_____

Anschrift:

_____

Telefonnummer (Erziehungsberechtigte*r):

_____

Krankenversicherung des Kindes:

_____

Versichertennummer:

_____

2. Angaben zu den Sorgeberechtigten

Name, Vorname Sorgeberechtigte*r 1:

_____

Geburtsdatum:

_____

Anschrift (falls abweichend):

_____

Telefon:

_____

Name, Vorname Sorgeberechtigte*r 2:

_____

Psychotherapeutische Privatpraxis
für Kinder und Jugendliche
JOSEPHINE ROMANG

Geburtsdatum:

_____

Anschrift (falls abweichend):

_____

Telefon:

_____

Sorgerechtsverhältnis:
☐ Alleiniges Sorgerecht
☐ Gemeinsames Sorgerecht

3. Einverständniserklärung zur Behandlung

Ich/Wir erkläre/n hiermit, dass ich/wir mit der psychotherapeutischen Vorstellung des oben genannten Kindes in der Privatpraxis von Josephine Romang einverstanden bin/sind. Dies umfasst die Durchführung von:

- Probatorik (Anamnese, Diagnostik)
- Psychotherapeutischer Behandlung
- ggf. begleitender diagnostischer Einschätzungen

Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Ich/Wir bestätige/n, sorgeberechtigt zu sein und ggf. auch rechtsverbindlich im Namen des zweiten Sorgeberechtigten handeln zu dürfen. Eine entsprechende Vollmacht wurde vorgelegt (sofern zutreffend). Änderungen der Sorgeberechtigung teile/n ich/wir umgehend mit.

Ort, Datum:

_____

Unterschrift Sorgeberechtigte*r 1:

_____

Unterschrift Sorgeberechtigte*r 2:

_____

Hinweis:

Ohne die Unterschrift beider Sorgeberechtigten oder den Nachweis des alleinigen Sorgerechts kann eine psychotherapeutische Behandlung nicht erfolgen. Sofern eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht, legen Sie bitte die Bestellungsurkunde bei.

4. Vollmacht (bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten)

☐ Ich wünsche ein persönliches Aufklärungsgespräch
☐ Ich verzichte auf ein persönliches Aufklärungsgespräch

Ich bevollmächtige hiermit:

Herrn/Frau _____

mich im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Behandlung oder Diagnostik des o. g. Kindes rechtsverbindlich zu vertreten. Diese Vollmacht umfasst insbesondere:

- Erklärungen gegenüber der Therapeutin
- Zustimmung zur Weitergabe von Informationen an Krankenkassen und ggf. behandelnde Ärzt*innen
- Mitwirkung an der Antragstellung für eine Therapie

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit Rückfragen telefonisch, per E-Mail oder nach Absprache auch persönlich stellen kann.

Ort, Datum:
_____

Unterschrift sorgeberechtigter Elternteil (aus dem gemeinsamen Sorgerecht):
_____

5. Aufsichtspflicht

Während des Aufenthalts Ihres Kindes in der Praxis liegt die Aufsichtspflicht bei Ihnen als Sorgeberechtigte*r. Dies gilt auch für Anfahrtswege, Wartezeiten sowie alle Therapiezeiten, in denen Sie sich ggf. nicht in der Praxis aufhalten.

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie während der Therapiesitzung telefonisch erreichbar sind.

Telefonnummer für Rückfragen während der Sitzungszeit:
_____

Ort, Datum:

Unterschrift Sorgeberechtigte*r 1:

Unterschrift Sorgeberechtigte*r 2: