

Anmeldebogen

Kind/Jugendlicher

Name / Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht: m w d

Staatsangehörigkeit:

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Versicherungs-Nr.

gesetzlich privat

Hauptversicherte/r:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Eltern / Sorgeberechtigte

Mutter Name/Vorname

geboren am

Staatsangehörigkeit

Beruf / Schulabschluss

Festnetznummer

Mobiltelefon

Emailadresse

Anschrift, PLZ, Wohnort

Vater Name/Vorname

geboren am

Staatsangehörigkeit

Beruf/Schulabschluss

Festnetznummer

Mobiltelefon

Emailadresse

Anschrift, PLZ, Wohnort

Sorgerecht

Eltern Mutter allein Vater allein

Familiensituation

zusammenlebend getrennt lebend

geschieden Andere (Vormund/Verwandte)

Folgende Telefonnummer soll für Terminvereinbarungen bevorzugt werden

Stief- / Pflegeeltern / Sonstige Betreuungspersonen

.....
Name / Vorname

.....
geboren am

.....
Staatsangehörigkeit

.....
Beruf / Schulabschluss

.....
Festnetznummer

.....
Mobiltelefon

.....
Emailadresse

.....
Anschrift, PLZ, Wohnort

Geschwister

1. Kind Geburtsjahr 1. Kind Geschlecht

männlich weiblich div.

1. Kind Verwandtschaftsverhältnis

Geschwister Halbgeschwister Stiefgeschwister

2. Kind Geburtsjahr 2. Kind Geschlecht

männlich weiblich div.

2. Kind Verwandtschaftsverhältnis

Geschwister Halbgeschwister Stiefgeschwister

3. Kind Geburtsjahr 3. Kind Geschlecht

männlich weiblich div.

3. Kind Verwandtschaftsverhältnis

Geschwister Halbgeschwister Stiefgeschwister

4. Kind Geburtsjahr 4. Kind Geschlecht

männlich weiblich div.

4. Kind Verwandtschaftsverhältnis

Geschwister Halbgeschwister Stiefgeschwister

Hausarzt

Name des Haus-/Kinderarztes:

.....
Anschrift des Haus-/Kinderarztes, PLZ, Wohnort

Schule / Ausbildung

Welche Schule / Klasse bzw. Ausbildung besucht Ihr Kind aktuell:

Die Vorstellung erfolgt auf Empfehlung von

Name / Vorname / ggf. Einrichtung

Probleme / Vorstellungsgrund/ Auftrag

Schildern Sie bitte kurz die aktuellen Probleme, seit wann bestehen diese?

Untersuchungen / Beratungen

Gab es in der Vorgeschichte bereits andere Untersuchungen / Beratungen (z. B. Klinikambulanzen, niedergelassene Ärzte, Erziehungsberatung, Jugendamt, Gesundheitsamt, schulpsychologischer Dienst)?

Wenn ja: wann, wo und warum, Gründe für frühere Untersuchungen / Beratungen?

Befand sich Ihr Kind bereits früher wegen ähnlicher Probleme oder Erkrankungen in ambulanter oder stationärer Behandlung?

Wenn ja: Name der Praxis / Klinik

Bestehen körperliche Erkrankungen / Allergien bei Ihrem Kind?

Wenn ja: welche und seit wann?

Erhält Ihr Kind Medikamente? Wenn ja: welche und seit wann?

Besucht Ihr Kind zurzeit eine Therapie? Wenn ja: welche und seit wann?

Besuchte Ihr Kind früher eine Therapie? Wenn ja: welche und seit wann?

Einwilligung Datenschutz

Einwilligung zum Datenschutz

Ich stimme der Datenschutzerklärung zu.

Einverständniserklärung Elternteil* 1

Die oben genannten Punkte habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Einverständniserklärung Elternteil ** 2

Die oben genannten Punkte habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Der Anmeldebogen wurde ausgefüllt von Elternteil* 1 (Vorname, Nachname):

Der Anmeldebogen wurde bestätigt von Elternteil2 (Vorname, Nachname):**

Ort / Datum

Unterschrift Elternteil* 1

Ort / Datum

Unterschrift Elternteil 2**

*kann auch je nach Fall Pflegeeltern oder Vormund betreffen

** im Falle getrenntlebender Eltern bzw. im Falle von geteiltem Sorgerecht.

Wichtige Informationen und Einverständniserklärung

Liebe/r PatientIn, liebe Eltern,

um einen möglichst organisierten Praxisablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie abschließend, die folgenden Punkte zu beachten:

1. Das MVZ wird als Terminpraxis geführt, dadurch entfallen für Sie die üblichen Wartezeiten. Vereinbarte Termine werden ausdrücklich für Sie und/oder Ihr Kind freigehalten. Daher möchten wir Sie bitten, die Termine einzuhalten oder rechtzeitig, d. h. mindestens 24 Std. vorher (Mo-Fr). Bei Erkrankungen bitten wir Sie um schnellstmögliche und unmittelbare Benachrichtigung. Bei Nichterscheinen zum Termin ohne vorherige rechtzeitige Absage müssen wir Ihnen ein Ausfallhonorar von 60,- € in Rechnung stellen.
2. Sollten Sie Stellungnahmen, Gutachten (z. B. zur Vorlage beim Jugendamt), fachärztliche Bescheinigungen benötigen, so müssen wir diese privat in Rechnung stellen, da diese Leistungen nicht im gesetzlichen Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten sind.
3. Die Honorarabrechnung für privatärztliche Leistungen auf Basis der GOÄ (Gebührenordnung Ärzte) erfolgt per Privatliquidation. Je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand liegt der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen zwischen 1,0 und 3,5fachem Satz. Die Rechnung nach §12 GOÄ ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung / Beihilfestelle mit der Rechnungsstellung zur Zahlung fällig. Da derzeit für viele neue oder von der Ausgangsposition inhaltlich erheblich abweichende Leistungen eine Gebührenziffer nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen diese durch analoge Bewertungen nach §6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden. Die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und / oder Beihilfestellen ist nicht immer gewährleistet.
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung / Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann.
4. Ich erkläre mich einverstanden, bei Bedarf eine Terminerinnerung per Email oder SMS o. ä. zu erhalten.
5. Mit eventuellen Fotos oder Videoaufzeichnungen von meinem Kind, die zur Befunddokumentation oder internen Qualitätssicherung dienen, bin ich einverstanden.
6. Für eine Terminvergabe muss ein komplett ausgefüllter Anmeldebogen online, per Fax oder per Post in unserem MVZ vorliegen.
7. **Bitte bringen Sie folgende Unterlagen unbedingt zum Termin mit:**
 - a) **Kopie** der letzten zwei Schulzeugnisse
 - b) **Kopie** von Arztbriefen / Vorbefunden / Testergebnissen / Untersuchungsergebnissen (falls vorhanden)
 - c) **Gelbes Untersuchungsheft** (Kindervorsorge-Untersuchungen)
 - d) **Krankenkassenkarte** (Versichertenkarte) des Kindes