

# Anmeldebogen

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Emel Berk-Pawlitzek

(Diplom-Psychologin, Diplom-Heilpädagogin)

Telegrafstraße 43

42929 Wermelskirchen

Fon: 02196 7069199

Fax: 02196 7069198

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon (Kind): \_\_\_\_\_

Haus-/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Kindergarten/  
Schule & Klasse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse &  
Versichertennummer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte(r)

weiterer

Sorgeberechtigte(r)

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

# Anmeldebogen

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Emel Berk-Pawlitzek

(Diplom-Psychologin, Diplom-Heilpädagogin)

Telegrafstraße 43

42929 Wermelskirchen

Fon: 02196 7069199

Fax: 02196 7069198

Beschreiben Sie bitte kurz den Grund der Anmeldung:

1. Die Behandlung wird nach den Bestimmungen des Psychotherapeutengesetzes und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für Psychotherapie durchgeführt. Bitte nehmen Sie die Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapie und zum Datenschutz zur Kenntnis.
2. Ich arbeite nach dem Bestellsystem, d.h., dass ich für Sie bzw. Ihr Kind eine Therapiestunde reserviere. Da die Krankenkasse nur durchgeführte Therapiestunden bezahlt, ist es notwendig, dass Sie bzw. Ihr Kind die vereinbarten Termine einhalten. Müssen Termine verschoben oder abgesagt werden, erfolgt die **schriftliche Mitteilung** rechtzeitig - d.h. **werktags mindestens 48 Stunden im Voraus** - an die **Emailadresse [praxis@berk-pawlitzek.de](mailto:praxis@berk-pawlitzek.de)**, andernfalls wird die ausgefallene Zeit in Rechnung gestellt bzw. nicht nachgeholt. Die Entschädigung richtet sich nach dem Honorar, das die Krankenkasse zum Zeitpunkt des ausgefallenen Termins für die Behandlungsstunde gezahlt hätte. Ein neuer Termin kann erst nach Erhalt des Ausfallhonorars stattfinden, eventuell im Voraus vereinbarte Termine verlieren bis zum Erhalt des Ausfallhonorars ihre Gültigkeit.
3. Sind Sie bzw. Ihr Kind privat versichert, sollten Sie sich selbst bei der Versicherung über deren Bedingungen hinsichtlich der Aufnahme einer Psychotherapie erkundigen. Nicht jede Versicherung übernimmt die Kosten für eine Behandlung vollständig, sodass eventuell Zuzahlungen notwendig sind. Mein Honorar richtet sich nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).
4. Eine Änderung des Versicherungsverhältnisses ist der Therapeutin sofort mitzuteilen.

*Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind von Frau Emel Berk-Pawlitzek nach den o.g. Bestimmungen psychotherapeutisch behandelt wird. Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und/oder der meines Kindes einverstanden und bin informiert worden, dass diese Daten 10 Jahre nach Behandlungsende gelöscht werden.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des zweiten Sorgeberechtigten