

**Anmeldung zum Termin in der Praxis Ariadne Sartorius**  
**Kölner Str. 66                      60327 Frankfurt                      069 97319100**

Bitte übersenden Sie den Anmeldebogen spätestens 3 Tage vor dem vereinbarten Termin an die Praxis. Bei kurzfristiger Terminvereinbarung bringen Sie diesen bitte zum Erstgespräch mit.

Bitte übersenden Sie aus Datenschutzgründen die Anmeldung NICHT per Email.

Bitte kommen Sie zum Erstgespräch gemeinsam mit Ihrem Sohn/Ihrer Tochter. Jugendliche ab 15 Jahren können allein zum Erstgespräch kommen. Bei Kindern unter 12 Jahren bitten wir, zum Erstgespräch zunächst allein ohne Ihr Kind zu kommen.

Ich benötige bereits zum Erstgespräch das Einverständnis aller Sorgeberechtigten. Sollten Eltern getrennt leben, reichen Sie bitte die Anmeldung mit beiden Unterschriften ein oder fügen die die Einverständniserklärung des getrennt lebenden Elternteils mit bei.

Hiermit melde ich mich/meine Tochter/meinen Sohn \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ wohnhaft \_\_\_\_\_

versichert bei \_\_\_\_\_ zum Erstgespräch in der  
Psychotherapeutischen Praxis Ariadne Sartorius an.

Falls bereits ein Termin vereinbart wurde, bitte hier Datum und Uhrzeit eintragen

\_\_\_\_\_

Die Therapie kann/soll durchgeführt werden von

ausschließlich Frau Sartorius

auch durch Ausbildungstherapeutin, falls bekannt Name eintragen \_\_\_\_\_

Wurde bereits eine sogenannte **Sprechstunde** in einer anderen Praxis durchgeführt und die Notwendigkeit einer Akuttherapie festgestellt und Ihnen von einer anderen Praxis schriftlich mitgeteilt?

ja

nein

**Sorgeberechtigte**

Ich bin bereits 15

Beide Eltern

ausschließlich Mutter

ausschließlich Vater

Weitere Person (Name, Anschrift, Telefon)

\_\_\_\_\_

Wir sind/ich bin telefonisch erreichbar unter ( bitte ausschließlich Mobiltelefon **mit** angeschlossener Mobilbox angeben, die auch „unbekannte“ Anrufer zulässt)

\_\_\_\_\_

Ich wünsche Terminerinnerungen per SMS

ja

nein

Ich bin damit einverstanden, per SMS Links zur Erhebung von Fragebögen übersendet zu bekommen ja nein

Ich bin damit einverstanden, bei dringenden Terminangelegenheiten eine SMS gesendet zu bekommen ja nein

**Bitte beachten Sie: Der SMS-Versand erfolgt über unsere Verwaltungssoftware. Anrufe an diese Nummer sind nicht möglich, ebenfalls werden uns keine SMS-Antworten zugestellt. Daher sind auch Terminänderungen und Absagen per SMS NICHT möglich.**

Bitte beschreiben Sie hier kurz den Vorstellungsanlass/ Ihre/Deine Sorgen

---

---

Die Praxis kenne ich durch

- Empfehlung von \_\_\_\_\_
- Praxis \_\_\_\_\_
- Internet/Homepage
- Therapeutenliste Krankenkasse /Psychotherapeutenkammer
- Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Doctena Online-Terminbuchung

Zum Ersttermin und zu jedem weiterem 1. Termin eines neuen Quartals muss Versichertenkarte vorgelegt werden damit die Stunden über die Krankenkasse abgerechnet werden können. Sollte keine Versichertenkarte vorgelegt werden, muss der Termin nach Gebührenordnung für Psychotherapeuten in Höhe von 100,55 Euro privat abgerechnet werden, hiermit erkläre ich mich einverstanden. Im Falle von Nichtbezahlung offen stehender Mahnungen werden Forderungen über Inkassounternehmen eingefordert. In diesem Fall entbinde ich nach vorheriger Ankündigung durch die Praxis diese bezüglich offener Rechnungen ohne Angabe von Diagnosen gegenüber Inkassounternehmen.

Im Falle von Nichteinhaltung von Terminen muss dieser mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, andernfalls muss eine Ausfallstunde zum jeweils aktuellen Kassensatz (Stand 1.01.20: 101,30 Euro, bei Privatpatienten 100,55 Euro) privat in Rechnung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aller Erziehungsberechtigten, ab 15 Jahren des Jugendlichen