

# Anmeldung zum Termin in der Praxis

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen- Verhaltenstherapie

**Ariadne Sartorius und Sarah Bösch**

**Kölner Str. 66 (Hinterhaus) 60327 Frankfurt 069 97319100**

Bitte übersenden Sie den Anmeldebogen **bis spätestens 6 Tage vor dem vereinbarten Termin** an die Praxis. Bitte übersenden Sie aus Datenschutzgründen die Anmeldung **NICHT** per Email, sondern schicken diesen **mit der Post**.

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 kommen Sie zum Erstgespräch bitte zunächst allein ohne Ihr Kind.

Wir benötigen 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/Name meines Kindes \_\_\_\_\_

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

Straße \_\_\_\_\_

Ort und Postleitzahl \_\_\_\_\_

Versichert bei folgender Versicherung: \_\_\_\_\_  
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

- Frau Sartorius
- Frau Bösch
- Durch die Ausbildungstherapeutin Frau Michel

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  
(Terminerinnerung erst nach dem Erstgespräch möglich)

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
- Online-Terminbuchung

Zum Ersttermin und zu jeden weiteren 1. Termin eines neuen Quartals muss die 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 108,14 Euro privat abgerechnet werden. Im Falle von Nichtbezahlung offener 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 1.04.2023: 108,14 Euro) privat in Rechnung gestellt werden. Es ist möglich, auch kurzfristig bei Verhinderung der Anfahrt die vereinbarte Stunde in eine Videosprechstunde umzuwandeln, hierzu kann eine Nachricht auf den Anrufbeantworter aufgesprochen werden.

Bei Privatpatienten berechnen wir den 3,5 fachen Satz.

---

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift/en **aller** Erziehungsberechtigten, **ab** 15 Jahren des/der Jugendlichen