

# Anmeldung zum Termin in der Praxis

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen- Verhaltenstherapie

**Ariadne Sartorius**

**Hintere Str. 24 70734 Fellbach 0711 25282161**

Bitte übersenden Sie den Anmeldebogen **bis spätestens 7 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 oder einen Sorgerechnachweis 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

\_\_\_\_\_

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  
(Terminreminderung 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 \_\_\_\_\_
- Internet/Homepage
- Therapeutenliste Krankenkasse
- Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung
- Tamly APP
- 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 134,06 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 01.01.25 116,63 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 wahlweise den 3,5 fachen Satz oder rechnen nach den neuen Abrechnungsempfehlungen des PKV-Verbandes ab.

[https://api.bptk.de/uploads/Uebersicht\\_Analogleistungen\\_gemaess\\_Abrechnungsempfehlungen\\_B\\_P\\_t\\_K\\_B\\_Ae\\_K\\_PKV\\_Beihilfe\\_2024\\_07\\_01\\_5d59d963de\\_626d305a19.pdf](https://api.bptk.de/uploads/Uebersicht_Analogleistungen_gemaess_Abrechnungsempfehlungen_B_P_t_K_B_Ae_K_PKV_Beihilfe_2024_07_01_5d59d963de_626d305a19.pdf)

---

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

## Kurzanamnese für das Erstgespräch

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte \_\_\_\_\_

Vorstellungsanlass \_\_\_\_\_

Beginn der Symptomatik \_\_\_\_\_

### **1. Angaben zu Auffälligkeiten im Entwicklungsverlauf**

#### **Schwangerschaft und Geburt:**

- X Unauffällig
- X Folgende Auffälligkeiten

#### **Entwicklung im ersten Lebensjahr**

- X unauffällig
- X folgende Auffälligkeiten

#### **Vorkindergartenzeit (1-3 Jahre)**

- X unauffällig
- X folgende Auffälligkeiten

#### **Kindergartenzeit (3-6 Jahre)**

- X unauffällig
- X folgende Auffälligkeiten

### Grundschulzeit

- X unauffällig
- X folgende Auffälligkeiten

### Weiterführende Schulzeit

- X unauffällig
- X folgende Auffälligkeiten

### Angaben zur Zeit nach der Schulzeit

- X unauffällig
- X folgende Auffälligkeiten

Derzeitige Tätigkeit

\_\_\_\_\_

## **2. Allgemeine Angaben zur Entwicklung**

Freies Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Erste Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten

3-Wort-Sätze mit \_\_\_\_\_ Monaten

Krippen/Kindergartenbesuch ab \_\_\_\_\_ Monaten

Sauberkeitserziehung abgeschlossen mit \_\_\_\_\_ Monaten

### **3.Hinweise zum Kind/Jugendlichen/ zu mir:**

Temperament/besondere Eigenschaften/Fähigkeiten

Hobbies

Nacht- und ggf. Tagschlaf von/bis

**Gab es jemals (ggf. bitte beschreiben, ggf. Zusatzblatt verwenden)**

- Tics \_\_\_\_\_
- Zwänge/übermäßige Rituale \_\_\_\_\_
- Motorische Auffälligkeiten \_\_\_\_\_
- Sprachprobleme \_\_\_\_\_
- Übermäßige Ängste \_\_\_\_\_
- Stimmungstiefs über längere Zeit \_\_\_\_\_
- Auffälligkeiten in der Impulskontrolle \_\_\_\_\_
- Konzentrationsprobleme \_\_\_\_\_
- Leistungsprobleme in der Schule \_\_\_\_\_
- Schulabsentismus \_\_\_\_\_
- Psychosomatische Beschwerden \_\_\_\_\_
- Mobbing Erfahrungen \_\_\_\_\_
- Gewalterfahrungen \_\_\_\_\_
- Suicidalität \_\_\_\_\_
- Klinikaufenthalte \_\_\_\_\_
- Schlafprobleme \_\_\_\_\_
- Schwierigkeiten mit dem Essen \_\_\_\_\_

Psychotherapie