

Anmeldung zum Termin in der Praxis

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin - 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 Sorgerechtsnachweis 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
(Terminreminder erst nach dem Erstgespräch möglich)

☐ ja

☐ nein

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

☐ ja

☐ nein

Ich bin damit einverstanden, bei dringenden Termin-
angelegenheiten 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 offestehender 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 01.01.25 119,89 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

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