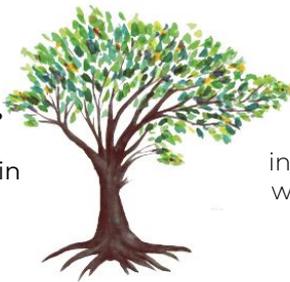


Janina Wening, Mag.
Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin
Bergheimer Str. 486
41466 Neuss



Tel: 02131 - 133 41 30
Fax: 02131 - 133 41 66
info@praxis-wening.de
www.praxis-wening.de
LANR: 469605569
BSNR: 246978200

Anmeldebogen

Angaben zum Kind/Jugendlichen:

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnr: _____

PLZ/Wohnort: _____

Handynr.: _____ Email: _____

Name und Ort der Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

- Kind/Jugendlicher lebt
- bei den leiblichen Eltern: verheiratet ja nein
 - bei einem leiblichen Elternteil: Mutter Vater
 - bei Pflegeeltern
 - in einer Wohngruppe
 - in eigener Wohnung
- Sorgerecht
- gemeinsam
 - Mutter
 - Vater
 - Jugendamt
 - andere

Bei getrennt lebenden Eltern:

Gibt es gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen den getrennt lebenden Eltern um Sorgerecht oder Aufenthaltsbestimmung? Ja Nein

Hat das Kind Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil? Ja Nein

Bisherige Therapien/Behandlungen:

Zeitraum	Ärztl. Behandlung, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Beratungsstelle, Klinik, etc.	Vorstellungsgrund, Diagnose

Medikamente:

Wenn ja, welche? _____

Aktueller Vorstellungsgrund:

Ihre Anmeldung in meiner Praxis unterliegt der Schweigepflicht (vgl. § 204 StGB), d.h., dass Ihre Daten selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht weitergegeben werden.

Voraussetzung für eine Behandlung ist, dass die Sorgeberechtigten mit ihrer Unterschrift unter der Anmeldung einer Behandlung des Kindes/Jugendlichen zustimmen.

Dies betrifft vor allem den Fall, in dem die getrennt lebenden Eltern beide das Sorgerecht haben.

Bei Nichterscheinen bzw. Absage weniger als 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin, wird ein Ausfallhonorar von 100 € in Rechnung gestellt.

Mit der Unterschrift wird versichert, dass alle Sorgeberechtigten informiert und mit der Behandlung einverstanden sind.

Datum, Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Unterschrift des Kindes/Jugendlichen