

## Anmeldung

(bitte beide Seiten ausgefüllt und unterschrieben an die Praxis senden)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Kita/Schule: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Sorgerecht: \_\_\_\_\_

(Bei geteiltem Sorgerecht bitte unbedingt das Formular „Information bei geteiltem Sorgerecht“ ausfüllen und anfügen.)

Wer hat Sie an unserer Praxis überwiesen bzw. wer hat Ihnen empfohlen, Ihr Kind bei uns vorzustellen?

\_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie, welche Auffälligkeiten/Beschwerden bei Ihrem Kind vorliegen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen diese?

\_\_\_\_\_

Welche Maßnahmen haben Sie bisher ergriffen, um eine Besserung herbeizuführen und welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie Ihr Kind in den letzten drei Monaten bei einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater oder einem Sozialpädiatrischen Zentrum SPZ vorgestellt?

Wenn ja, wo und wann war das?

Ja - Ort: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

Nein

## **Einverständniserklärung zur Honorarausfallregelung**

Die Krankenkasse bezahlt nur erbrachte kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Leistungen. Deshalb gilt für den Fall, dass Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen, eine Honorarausfallregelung.

Sie tritt dann in Kraft, wenn Sie einen Termin nicht drei Tage im Voraus absagen.

Das Ausfallhonorar entspricht ungefähr 75% der aktuell von den Krankenkassen bezahlten Vergütung und beläuft sich auf 40 - 80 €, je nach Art des ausgefallenen Termins.

Hiermit bestätige ich, die Honorarausfallregelung zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum:

Unterschrift:

Sollten Sie eine Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis wünschen, senden Sie bitte dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben an unsere Praxisgemeinschaft.

Unsere Mitarbeiter werden sich nach Eingang des Anmeldeformulars zur Terminabsprache telefonisch bei Ihnen melden.

Eine Überweisung des Kinderarztes wäre hilfreich.

Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns im Voraus!

Ihr Praxisteam

### **C. Beer-Demisch und C. – A. Demisch**

Praxisgemeinschaft für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie und -psychotherapie  
Mozartstraße 2  
99423 Weimar

Tel.: 0 36 43 / 519 440  
Fax.: 0 36 43 / 519 441  
E-Mail: [anmeldung@praxis-demisch.de](mailto:anmeldung@praxis-demisch.de)  
Web: [www.praxis-demisch.de](http://www.praxis-demisch.de)