

Patientenname: _____ **Geb.-Datum:** _____

Der Patient besucht aktuell:

Kindergarten Schule / Schultyp _____ Klasse _____

Firma: _____

Eltern des Patienten: verheiratet unverheiratet zusammenlebend
 getrennt lebend seit: _____ geschieden seit: _____
 verwitwet seit: _____

Sorgerecht liegt bei: Eltern leibl. Mutter leibl. Vater
 anderen: _____

Angaben zum leibl. Vater:
Name und Vorname: _____ geb. am: _____
erlernter Beruf: _____ derzeit tätig als: _____

Angaben zum Stiefvater / Partner d. Mutter: Adoptivvater: Pflegevater:
Name und Vorname: _____ geb. am _____
Erlerner Beruf: _____ derzeit tätig als: _____

Angaben zur leibl. Mutter:
Name und Vorname: _____ geb. am: _____
erlernter Beruf: _____ derzeit tätig als: _____

Angaben zur Stiefmutter / Partnerin d. Vaters: Adoptivmutter: Pflegemutter:
Name und Vorname: _____ geb. am: _____
erlernter Beruf: _____ derzeit tätig als: _____

Leibl. Geschwister des Patienten (Name und Alter):

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Halbgeschwister / Stiefgeschwister / Pflegegeschwister (Name und Alter):

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Weitere im Haushalt lebende Personen: _____

Im Haushalt leben derzeit insgesamt _____ Personen

Familienangehörige in der Nachbarschaft: ja nein
ggf. wer?: _____

Bitte wenden

Patient ist versichert durch Vater Mutter selbst sonstige: _____
Arbeitgeber des Versicherten: _____
Krankenkasse: _____
Wohnung des Versicherten (falls abweichend vom Patienten): _____

So sind wir erreichbar:

Privat: _____ Geschäftl.: _____
Handy Eltern: _____ Handy Patient: _____
Email Eltern: _____ Email Patient: _____

Hinweis für unsere Patienten:

1. Wir möchten Sie bitten, die **Versichertenkarte** zu Beginn der Behandlung bzw. am Anfang eines Quartals abzugeben oder baldmöglichst nachzureichen. Sollte uns zum Ende des betreffenden Quartals weder Versichertenkarte noch Überweisungsschein vorliegen, erhalten Sie für die Behandlung eine **Privatrechnung**.

Mir/uns ist bekannt, dass eine sozialpädiatrische Behandlung in einem sozialpsychiatrischen/-pädiatrischen Zentrum oder Praxis im gleichen Quartal nicht möglich ist.

Gelesen: _____
Datum Unterschrift

2. **Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen so rechtzeitig abzusagen**, dass wir ihn noch anders belegen können (mindestens aber 24 Stunden vorher). Andernfalls müssen wir den ausgefallenen Termin privat in Rechnung stellen. Die Ausfallgebühr beträgt € 50,-.

Gelesen: _____
Datum Unterschrift

3. Einige Untersuchungen, Besprechungen oder Termine finden in ausgelagerten Praxisräumen im Nachbarhaus statt. Die Eltern, Sorgeberechtigten bzw. begleitenden Personen (wie Pflegeeltern, Erzieher) sind entsprechend dem Entwicklungsalter und Störungsbild des Kindes / Jugendlichen verpflichtet, auf die Sicherheit im Straßenverkehr zu achten. Die Praxis kann hierfür keine Haftung übernehmen.

Gelesen: _____
Datum Unterschrift

MVZ für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik GmbH
Dr. med. Martin Teichert & Kollegen
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie