



SORGERECHT

Wer hat das Sorgerecht:

Beide Eltern Mutter Vater Andere _____

Bei wem lebt das Kind:

Beide Eltern Mutter Vater Andere _____

Gab es bereits Kontakt zum Jugendamt? Wenn ja, zu wem?

Als Inhaber der elterlichen Sorge für _____ (Name des Kindes)

bin ich damit einverstanden, dass Unterlagen (Akte, Berichte, Untersuchungsergebnisse) der in diesem Bogen angegebenen Stellen von der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie München Süd** angefordert werden können.

Mir ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden. Sollten Sie wünschen, dass von einigen Stellen keine Berichte angefordert werden, so vermerken Sie es bitte hier.

Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

(Sollten beide Eltern das Sorgerecht haben, müssen auch beide Eltern unterschreiben!)

Für gesetzlich Versicherte:

SOZIALPSYCHIATRIE-VEREINBARUNG

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind nicht bei einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater, einem sozialpädiatrischen Zentrum oder einer psychiatrischen Institutsambulanz in Behandlung ist.

Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten



HONORARAUSFALLVEREINBARUNG

Jeder Patient wird für seinen Behandlungstermin einbestellt. Ihre Zeit wird für Sie planbar und Wartezeiten in der Praxis entfallen. Dieses Prinzip einer Bestellpraxis gewährleistet, dass die therapeutischen Gespräche in einer optimal ungestörten, konzentrierten und ruhigen Atmosphäre verlaufen können.

Die Patientin / der Patient verpflichtet sich, die fest vereinbarten Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen und bei Verhinderung rechtzeitig, d. h. 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, abzusagen. Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung oder eine telefonische Absage, auch auf Anrufbeantworter.

Bei nicht rechtzeitiger Absage – auch für eine Erstvorstellung - wird ein Bereitstellungshonorar in Höhe von € 140,- in Rechnung gestellt. Dieses ist ausschließlich von Ihnen selbst zu tragen und wird nicht vom Versicherungsträger rückerstattet. Im Falle einer kurzfristigen Erkrankung wird kein

Bereitstellungshonorar geltend gemacht. Diese ist jedoch durch ein ärztliches Attest zu bescheinigen. Diese Regelung zum Honorarausfall gilt sowohl für gesetzlich und privat Versicherte als auch für Selbstzahler.

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift



SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Der /die Unterzeichnende erklärt sich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie München Süd**, Informationen über

Name, Vorname des /der Patienten

Geb. Datum

Adresse

von folgenden Stellen anfordert bzw. Kontakt aufnimmt zu

Kinderarzt Kindergarten Schule ASD Jugendamt Therapeuten

Der / die Unterzeichnende entbindet die Mitarbeiter der genannten Stellen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Grünwald für Kinder und Jugendliche.

Genauso werden die Mitarbeiter der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie München Süd** von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber den Mitgliedern in der Praxis sowie den angegebenen Stellen entbunden.

Name / Vorname [der / des Unterzeichnenden]

Anschrift

Rechtliche Beziehung zum Patienten: _____

Datum

Unterschrift [der /des Unterzeichnenden]



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Wer hat das Sorgerecht:

Beide Eltern Mutter Vater Andere _____

Bei wem lebt das Kind:

Beide Eltern Mutter Vater Andere _____

Als Inhaber der elterlichen Sorge für (Name des Kindes:) _____

bin ich damit einverstanden, dass Unterlagen (Akte, Berichte, Untersuchungsergebnisse) von

Kinderarzt/ Hausarzt Andere: _____

von der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie München Süd** angefordert werden können. Mit ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden. Mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung und Behandlung bin ich einverstanden.

FOTOS / VIDEOS

Im Rahmen der Behandlung / Diagnostizierung können auch Fotos oder Videoaufnahmen vom o. g. Kind in der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie München Süd** für Kinder und Jugendliche zur alleinigen Verwendung in der Praxis erstellt werden.

Damit bin ich ausdrücklich einverstanden JA

DATENSCHUTZ

Ich habe die [Datenschutzerklärung – Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie München Süd](http://www.kjp-muenchen-sued.de/datenschutz/) (www.kjp-muenchen-sued.de/datenschutz/) gelesen und bin damit einverstanden JA

Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

AUFSICHTSPFLICHT IM WARTEZIMMER

Wir übernehmen keinerlei Haftung für Kinder im Wartebereich. Bitte tragen Sie dafür Sorge, dass Sie am Ende der testpsychologischen oder ärztlichen Untersuchung im Wartebereich anwesend sind. Kinder unter 14 Jahren dürfen nicht ohne Begleitung eines Erwachsenen im Wartezimmer verbleiben.

Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten