

# Anmeldung

## 1. Persönliche Daten des zu behandelnden Kindes/ Jugendlichen

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Handynummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## 2. Daten der Eltern/Sorgeberechtigten

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Funktion:  Mutter  Vater  Bezugsperson: \_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigt:  Ja  Nein  
Adresse \_\_\_\_\_  
Handynummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Funktion :  Mutter  Vater  Bezugsperson \_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigt:  Ja  Nein  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Handynummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## 3. Rechnungsempfänger

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

## 4. Kostenträger (bei Privatversicherten)

Versicherung: \_\_\_\_\_  
Tarif: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## 5. Erklärung GOÄ

Meine Tochter / Mein Sohn \_\_\_\_\_

Kommt als Privatpatient(in) zur Diagnostik und / oder Behandlung.

Mir ist bekannt, dass mir die Behandlung persönlich auf Basis der für die Liquidation privatärztlicher Leistungen maßgeblichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt wird.

Dementsprechend verpflichte ich mich, unabhängig von der Höhe der Rechnungserstattung durch einen Dritten, den Rechnungsbetrag in voller Höhe zu bezahlen, auch wenn Ihr Behandlungstarif eine andere Erstattungshöhe vorsieht.

## 6. Erklärung zur elektronischen Kommunikation

Die Privat-Praxis nutzt E-Mail als Kommunikationsweg, im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen. Sensible persönliche Daten werden nicht digital versendet.

Ich bin mit der Nutzung einverstanden.

---

### 7. Terminbestätigung

Den reservierten Termin für das Erstgespräch am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr werde ich wahrnehmen.

#### **Mitzubringende Unterlagen:**

- Gelbes **Vorsorgeheft**
- Ausgefüllter **Fragebogen**
- **Vorbefunde** und **Zeugnisse** (in Kopie)  
ggf. **Schriftproben**, **Befunde aus der Schule** (Lese-/Rechtschreibtests; Rechentests) bei Verdacht auf eine Lese-/Rechtschreib-/Rechenschwäche **dringend erforderlich**

### 8. Vereinbarung über eine Reservierungsgebühr

In meiner Privat - Praxis arbeite ich ausschlich als Bestellpraxis, d.h. ich reserviere die genannte Zeit exklusiv für Ihre Behandlung, um Wartezeiten zu vermeiden.

Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten ich um Absage bis spätestens 24 Stunden vorher.

**Reservierungsgebühr:** Für den Erstgespräch- Termin wird eine Reservierungsgebühr in Höhe von **134,06 Euro** vereinbart. Diese wird bei ordnungsgemäßer Wahrnehmung des Termins mit der Behandlung verrechnet.

Bitte überweisen Sie die Reservierungsgebühr unter Angaben des Patientennamen - sowie des Termins auf folgendes Konto :

**IBAN: DE 21 1002 0890 0035 7959 79**

**BIC: HYVEDEMM488**

**Geldinstitut : HypoVereinsbank**

**Ausfallhonorar:** Wird der Termin nicht rechtzeitig abgesagt oder nicht wahrgenommen, verfällt die reservierungsgebühr als Ausfallhonorar, da die Behandlungszeit nicht anderweitig vergeben werden konnte. Dieses Ausfallhonorar hat der\*die Patient\*in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen.

Eine Kostenerstattung durch die private Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

**Absage:** Die Absage kann schriftlich per E- Mail erfolgen.

- Ich habe die Vereinbarung gelesen und akzeptiere sie.

### 9. Zustimmung **aller** Sorgeberechtigten

Hiermit stimmen wir als Sorgeberechtigte von \_\_\_\_\_

- zu, dass unser Kind zum Zweck der Gesprächsführung, Diagnostik, Therapieplanung und Behandlung in o.g. Praxis vorgestellt wird.
- zu, dass ggfs. auch Lebensgefährten / -innen, bei den Gesprächen mit anwesend sein dürfen, oder diese im Auftrag führen dürfen.

Berlin, den \_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift(en) aller Sorgeberechtigten\*)

Bitte informieren Sie uns, sollten sich die Kontaktdaten (Telefonnummern, Adresse) ändern.