

Anmeldung eines Kindes/Jugendlichen

Helios Klinikum Berlin-Buch, Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie,
Psychiatrische Institutsambulanz
 Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin, Haus 211, EG
 Telefon: (030) 94 01-54422/-14440, Telefax: (030) 94 01-54449

Sie erleichtern uns und sich selbst die vorgesehene Untersuchung Ihres Kindes, wenn Sie nachstehende Fragen möglichst vollständig beantworten und den Bogen umgehend an uns zurücksenden. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen		Geburtsdatum
Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Muttersprache
Meldeadresse des Kindes/Jugendlichen		
Name und Ort der Krankenkasse	Hauptversicherter	
Name und Vorname der Mutter	Geburtsdatum u. Familienstand der Mutter	Beruf
Adresse der Mutter		
Telefonnummern der Mutter		
E-Mail der Mutter		
Name und Vorname des Vaters	Geburtsdatum u. Familienstand des Vaters	Beruf
Adresse des Vaters		
Telefonnummern des Vaters		
E-Mail des Vaters		
Schule/ Klasse bzw. KITA	Sorgeberechtigte bitte unbedingt angeben o Mutter o Vater o Vormund	Kind wurde angemeldet von
Behandelnder Hausarzt / Kinderarzt, Name und Adresse		

Bitte beachten: Eine Vorstellung kann bei gemeinsamem Sorgerecht aus rechtlichen Gründen nur bei Vorliegen der Einwilligung beider Sorgeberechtigter erfolgen (ggf. auch auf gesondertem Blatt möglich).

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihr Kind nicht im gleichen Quartal des Jahres, bei einem Facharzt f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikambulanz oder einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) in Behandlung sein darf, da bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen eine gleichzeitige Abrechnung nicht möglich ist.

Für die ambulante Behandlung ist pro Quartal (außer bei einmaliger Notfallbehandlung) ein gültiger Überweisungsschein zwingend notwendig! Sollte für den Behandlungszeitraum kein gültiges Versicherungsverhältnis bzw. Überweisungsschein vorliegen, erklären wir uns bereit, die Behandlungskosten anhand der GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) sowie der GebüTh (Gebührenordnung der Therapeuten) als Selbstzahler zu tragen.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Hiermit erkläre ich mich / wir uns damit einverstanden, dass Berichte/Befunde von den folgenden Institutionen/Vorbehandelnden angefordert werden können:

-
-
-
-
-

Ort, Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters Ort, Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Was sind Ihre **Sorgen** bzw. welche **Probleme** hat Ihr Kind?

Seit wann bestehen diese? bitte ggf. ein Beiblatt hinzufügen

Was sind Ihre **Erwartungen** an uns?

- Diagnostik/Gutachten
- ambulante Beratung/Behandlung
- Vorgespräch vor stationärer Behandlung
- Vorgespräch vor tagesklinischer Behandlung
- Sonstige: _____

Bitte senden Sie dieses Anmeldeformular zusammen mit dem Fragebogen zur Entwicklung des Kindes ausgefüllt an uns zurück. Danach setzen wir uns mit Ihnen zur Terminvereinbarung in Verbindung.

Bitte teilen Sie uns mit, auf welchem Weg wir Sie kontaktieren sollen:

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____