



ANMELDEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig und lesbar aus und unterzeichnen ihn

Name, Vorname: _____
des Kindes/des Patienten

Geburtsdatum: _____
des Kindes/des Patienten

Anschrift: _____

Telefonnummern: _____
(+ Mobil)

E-Mail: _____

Haus- / Kinderarzt: _____

Anschrift + Tel.nr. des Haus-/Kinderarztes: _____

Telefonnummer des Haus-/Kinderarztes: _____

Krankenkasse: _____
(+Anschrift!)

Kind mitversichert bei: Name, Vorname / Geb.datum: _____

Versichertennummer: _____

Vorstellungsanlass: _____



Der Patient bzw. dessen Erziehungsberechtigte erklärt/erklären sich mit der Unterschrift bereit, dass

- o die persönlichen Daten
- o auf der eGK gespeicherten persönlichen Daten
- o die Behandlungsdaten (Termine)
- o die im Laufe der Vorgespräche ermittelte Behandlungsdiagnose

gemäß den Regelungen des SGB V (§§ 294, 295, 296 und 298 sowie §§ 275,276) zu Abrechnungs-, Prüf- u. Kontrollzwecken an die Kassenärztliche Vereinigung bzw. an die Krankenkasse des Patienten weitergegeben werden. Die Weiterleitung der o.g. Patientendaten richtet sich exakt nach den Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes.

Bei gesetzlich Versicherten muss zum Ersttermin die Versichertenkarte vorgelegt werden, damit die Sitzung über die Krankenkasse abgerechnet werden kann. Sollte keine Versichertenkarte vorgelegt werden, muss der Termin nach Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) in Höhe von 100,55 Euro privat abgerechnet werden. Hiermit erkläre ich mich einverstanden.

Ebenfalls erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Termin im Falle von Nichteinhaltung des Erstgesprächs mit 100,55 Euro (GOP) in Rechnung gestellt wird, sollte ich ihn nicht mindestens 48 Stunden vorher abgesagt haben.

Im Falle von Nichtbezahlung offen stehender Rechnungen/Mahnungen werden Forderungen über Inkassounternehmen eingefordert. In diesem Fall entbinde ich nach vorheriger Ankündigung durch die Praxis diese bezüglich offener Rechnungen ohne Angabe von Diagnosen gegenüber Inkassounternehmen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient(in), gesetzliche(r) Vertreter(in): _____