

Psychotherapeutische Praxis

Dipl. Soz. Päd. Sabine Kettenbeil

Augustinergasse 1
79098 Freiburg
Tel.: 0152 53454507

sabine.kettenbeil@gmx.de

Dipl. Soz. Päd. Sabine Kettenbeil • Augustinergasse 1 • 79098 Freiburg

Vorname: _____

Name: _____

Geboren am : _____

Straße, Haus-Nr: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenkasse: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

FRAGEBOGEN

Um uns auf Ihren Termin vorzubereiten sind für uns einige Informationen notwendig und wichtig.

Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben streng vertraulich behandeln.

Für Ihre Mithilfe bedanken wir uns.

Angaben zur Familie

Vor- und Nachname des Vaters:

Geburtsjahr, Beruf

Vor- und Nachname der Mutter:

Geburtsjahr, Beruf

Verheiratet seit

Getrennt / geschieden seit:

Sorgerecht liegt bei: Mutter Vater

Kind lebt bei:

Geschwister:

(Alter und Geschlecht)

.....

.....

Psychotherapeutische Praxis

Dipl. Soz. Päd. Sabine Kettenbeil

Augustinergasse 1
79098 Freiburg
Tel.: 0152 53454507

sabine.kettenbeil@gmx.de

Dipl. Soz. Päd. Sabine Kettenbeil • Augustinergasse 1 • 79098 Freiburg

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Kindergarten / Schule Situation

Das Kind besucht zurzeit:

Kindergarten Schule

Klasse:.....Schultyp:.....

Wiederholungen:.....

Vorstellungsgründe

Was sind die aktuellen Gründe der Vorstellung ? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt Ihr Kind?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Haben Sie sich schon an andere Stellen gewandt?

Erziehungsberatungsstelle Jugendamt Sozialamt Schule

Kinderarzt Psychologe oder sonstige Stellen wie:

.....
.....

Welche Empfehlungen haben Sie erhalten? Mit welchem Erfolg?

.....
.....

Was ist Ihr Auftrag an uns? Welche Vorstellungen haben Sie, wie wir Sie unterstützen können?

.....
.....
.....
.....

Die Unterschrift aller Sorgeberechtigten ist zwingend erforderlich!

(Ort, Datum) (Unterschrift Mutter) (Unterschrift Vater) (ggf. Vormund/ Sorgeberechtigter)

Psychotherapeutische Praxis

Dipl. Soz. Päd. Sabine Kettenbeil

Augustinergasse 1
79098 Freiburg
Tel.: 0152 53454507

sabine.kettenbeil@gmx.de

Dipl. Soz. Päd. Sabine Kettenbeil • Augustinergasse 1 • 79098 Freiburg

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Eltern bzw. Sorgeberechtigter!

Für Ihr Vertrauen in unsere Praxis bedanken wir uns zunächst einmal und müssen Sie bei dieser Gelegenheit auf einen wichtigen Punkt aufmerksam machen:

Wir können mit der Untersuchung, Diagnostik und ggf. Therapie Ihres Kindes nur dann beginnen, wenn das schriftliche Einverständnis **aller** sorgeberechtigten Personen vorliegt. Nur dann ist die rechtliche Grundlage für die Behandlung Ihres Kindes gegeben.

Eine Terminierung zum Erstgespräch ist erst möglich, wenn uns alle Formulare unterschrieben vorliegen. Schicken Sie uns bitte deshalb die unten aufgeführte Erklärung, sowie die weiteren Formulare vor Terminierung zu. Bitte haben Sie dafür Verständnis _

Einverständniserklärung

**Wir sind mit der Behandlung unserer Tochter / unseres Sohnes _____
in der o.g. Praxis Sabine Kettenbeil einverstanden.**

(Ort, Datum) (Unterschrift Mutter) (Unterschrift Vater) (ggf. Vormund/ Sorgeberechtigter)

Name, Vorname:.....

Erziehungsberechtigter/gesetzlichen Vertreter

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

PLZ und Wohnort:.....

Telefon:.....

Name, Vorname:.....

Erziehungsberechtigter/gesetzlichen Vertreter

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

PLZ und Wohnort:.....

Telefon:.....

Psychotherapeutische Praxis

Dipl. Soz. Päd. Sabine Kettenbeil

Augustinergasse 1
79098 Freiburg
Tel.: 0152 53454507

sabine.kettenbeil@gmx.de

Dipl. Soz. Päd. Sabine Kettenbeil • Augustinergasse 1 • 79098 Freiburg

Name, Vorname des Kindes:
Geburtsdatum:

Schweigepflichtsentbindung:

Hiermit entbinden wir die behandelnde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Frau Sabine Kettenbeil von der ärztlichen **Schweigepflicht und willigen ein**, dass sie bei Vorbehandlern bzw. zuständigen Institutionen Informationen und Beobachtungsdaten zum Zweck der weiteren Behandlung unseres Kindes einholen und übermitteln darf. Wir sind darüber aufgeklärt, dass wir diese Einwilligung jederzeit widerrufen können.

<u>Vorbehandler / Institution / Schule</u>	<u>ADRESSE</u>	<u>TELEFONNR</u>
---	-----------------------	-------------------------

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

<u>(Ort, Datum)</u>	<u>(Unterschrift Mutter)</u>	<u>(Unterschrift Vater)</u>	<u>(ggf. Vormund/ Sorgeberechtigter)</u>
----------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---

Psychotherapeutische Praxis

Dipl. Soz. Päd. Sabine Kettenbeil

Augustinergasse 1
79098 Freiburg
Tel.: 0152 53454507

sabine.kettenbeil@gmx.de

Dipl. Soz. Päd. Sabine Kettenbeil • Augustinergasse 1 • 79098 Freiburg

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Verdienstaussfall-Vereinbarung

Meine Praxis wird als reine Einbestellpraxis geführt, das heißt, wir haben für Ihr Kind und Sie einen **festen Termin** für das Erstvorstellungsgespräch eingerichtet. Der Termin kann einen Zeitrahmen von 30 Minuten, 45 Minuten oder 90 Minuten umfassen.

An diesem Termin wird die weitere Diagnostik für ihr Kind geplant und die dafür erforderlichen Termine eingerichtet.

Für den weiteren Ablauf ist es daher absolut notwendig, dass Sie und ihr Kind diese Termine einhalten, bzw. dass Sie die **Termine bis spätestens 24 Stunden vorher absagen**.

Wird ein Termin von Ihnen nicht frühzeitig genug abgesagt, so entsteht ein Ausfallschaden, da für diese Zeit kein anderer Patient kurzfristig einbestellt werden kann.

Ich bin daher gezwungen, die reservierte Stunden, die vom Patienten oder dessen Sorgeberechtigten **unentschuldigt** nicht wahrgenommen werden, privat in Rechnung zu stellen. **Kosten: 80,00 Euro**

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten zur Verdienstaussfall-Vereinbarung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir der Verdienstaussfall mit 80,00 Euro in Rechnung gestellt wird, falls ich den vereinbarten Termin nicht rechtzeitig absage!

(Ort, Datum) (Unterschrift Mutter) (Unterschrift Vater) (ggf. Vormund/ Sorgeberechtigter)