

Marion Köhler

Praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie
Untermarkt 27 - 82418 Murnau am Staffelsee

Erste Auskunft

Datum: _____

Zur Information/Behandlung wird vorgestellt:

Name: _____, Vorname: _____ geb.am: _____

Straße: _____ Hausnr.: _____

PLZ.: _____ Wohnort: _____

Tel. privat: _____, mobil: _____, dienstlich: _____

Bei Kindern/Jugendlichen:

Name des Sorgeberechtigten 1: _____ Tel.: _____
(falls abweichend von oben)

Anschrift: _____
(falls abweichend von oben)

Name des Sorgeberechtigten 2: _____ Tel.: _____
(falls abweichend von oben)

Anschrift: _____
(falls abweichend von oben)

Gesetzlich/freiwillig versichert bei: _____

Hauptversicherter: _____ geb. am: _____
(bei Familienversicherten)

E-Mails sind grundsätzlich kein sicheres Kommunikationsmittel. Sie können von unbefugten Dritten abgefangen, manipuliert oder anderweitig eingesehen werden.

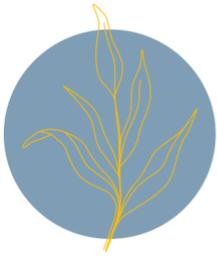
Mit dem Versenden von E-Mails zum Zwecke von Terminabsprachen und Verschicken von Links für die Diagnostik bin ich/sind wir

- einverstanden
- nicht einverstanden

E-mailadressen:

Sorgeberechtigte(r): _____

Patient: _____



Marion Köhler

Praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie
Untermarkt 27 - 82418 Murnau am Staffelsee

Ggf.:Überweisender Arzt oder Institution: _____

Hausarzt/Kinderarzt: _____

Bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren ist es erforderlich, dass das Einverständnis aller sorgeberechtigten Personen für eine Psychotherapie vorliegt. *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

Wir haben gemeinsames Sorgerecht für unser Kind.

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass unser Kind in der Praxis Marion Köhler untersucht und behandelt wird. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung unseres Kindes in der Praxis nicht möglich ist.

Wir sind außerdem damit einverstanden, dass jeder Elternteil unabhängig von dem jeweils anderen Elternteil von der Therapeutin Auskunft über die Untersuchungen beziehungsweise Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie etc.) erhalten darf. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können, für den Fall des Widerrufs eine Weiterbehandlung unseres Kindes nicht mehr möglich ist.

Wir sind damit einverstanden, dass rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind gegenüber Frau Köhler von

der Mutter

dem Vater

alleine abgegeben werden dürfen. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

Ich habe das alleinige Sorgerecht für das Kind.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Kind in der Praxis Marion Köhler untersucht und behandelt wird. Mir ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung des Kindes nicht möglich ist.

Unterschrift:

(Patient/In)

(Sorgeberechtigter 1)

(Sorgeberechtigter 2)