



## Anmeldeformular KJP

### 1. Klärung der Sorgeberechtigung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift Telefon

Mein Kind ist  privat versichert bei \_\_\_\_\_

über mich beihilfeberechtigt bei der Beihilfestelle \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert bei \_\_\_\_\_

Ich trage die Kosten als SelbstzahlerIn.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Sorgeberechtigten Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift, Tel, falls abweichend

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des 2. Sorgeberechtigten Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift, Tel, falls abweichend

Es besteht das  alleinige Sorgerecht  gemeinsame Sorgerecht

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das o.g. Kind in der Praxis am Wald bei Herrn M.Sc.-Psych. Michael Schubert zur Probatorik (Anamnese, Diagnostik), Therapie und/oder Begutachtung (§35a) vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

#### **Praxis am Wald**

M.Sc.-Psych. Michael Schubert  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT)  
Am Wald 7  
66787 Wadgassen



06834/9561350



06834/9618620



info@michaelschubert.saarland



Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir, für unser Kind personensorgeberechtigt zu sein und ggf. auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen. Eine entsprechende Vollmacht habe ich überreicht. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir umgehend mit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten

**HINWEIS:** Ohne die Unterschrift beider Elternteile, bzw. den Nachweis des alleinigen Sorgerechts ist eine Behandlung des Patienten in meiner Praxis aus rechtlichen Gründen nicht möglich. Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und geben Sie oben den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts an.

## **2. Vollmacht des geschiedenen/getrenntlebenden Elternteils** (falls zutreffend)

Hiermit bevollmächtige ich Herrn/Frau \_\_\_\_\_ alle Erklärungen in meinem Namen abzugeben, die für die Durchführung einer Psychotherapie und/oder Begutachtung des o.g. Kindes notwendig sind. Dies gilt insbesondere für Erklärungen gegenüber dem behandelnden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der Krankenkasse und den mitbehandelnden Ärzten. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit Gelegenheit habe, telefonisch per E-Mail oder persönlich nach Terminabsprache, Rückfragen bei dem behandelnden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des geschiedenen/getrennten Elternteils

## **2. Aufsichtspflicht**

Während des Aufenthalts in der Praxis am Wald sind Sie für die Aufsichtspflicht Ihres Kindes verantwortlich. Dies gilt auch für die Zeit und alle Behandlungen innerhalb und außerhalb der Praxis, in der Sie Ihr Kind selbst betreuen. Das bedeutet, dass Sie für den sicheren Weg des Kindes zur Praxis und nach der Therapie nach Hause verantwortlich sind. In Ihrem Fall bedeutet es im Hinblick auf das Alter des Kindes auch, dass Sie während der Therapiezeit telefonisch erreichbar sein müssen.

Die Kontaktnummer für diese Fälle lautet: \_\_\_\_\_

### **Praxis am Wald**

M.Sc.-Psych. Michael Schubert  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT)  
Am Wald 7  
66787 Wadgassen



06834/9561350



06834/9618620



info@michaelschubert.saarland