



Anmeldeformular KJP

1. Klärung der Sorgeberechtigung

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

Krankenkasse

Vers.-Nr.

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 psychologischen Praxis am Wald bei Herr M.Sc.-Psych. Michael Schubert zur Probatorik (Anamnese, Diagnostik), Therapie und/oder Begutachtung vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir, für den Patienten 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

Praxis am Wald

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



06834/9561350



06834/9618620



info@michaelschubert.saarland



HINWEIS: Ohne die Unterschrift beider Elternteile, bzw. den Nachweis des alleinigen Sorgerechts ist eine Behandlung/Begutachtung 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)

Herr M.Sc.-Psych. Michael Schubert ist nach dem Patientengesetz dazu verpflichtet Sie über die Art der Behandlung persönlich aufzuklären:




- Ich wünsche ein Aufklärungsgespräch
- Ich verzichte auf ein Aufklärungsgespräch

Hiermit bevollmächtige ich Herrn/Frau _____ alle Erklärungen in meinem Namen abzugeben, die für die Durchführung einer Psychotherapie 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

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

 06834/9561350
 06834/9618620
 info@michaelschubert.saarland



3. Alternativ zu Punkt 1 bei Patienten, die minderjährig sind, aber das 15. Lebensjahr bereits vollendet haben und gesetzlich krankenversichert sind

(falls zutreffend)

Ich erkläre hiermit, dass ich mich bei der Praxis am Wald bei Herrn M.Sc.-Psych. Michael Schubert zur Probatorik (Anamnese, Diagnostik) und Therapie vorstellen möchte. Mit der Information an meine Sorgeberechtigten über die Beantragung und Aufnahme einer Therapie bin ich

einverstanden.

nicht einverstanden.

Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

4. 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: _____

Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir, für den Patienten 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

Praxis am Wald

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



06834/9561350



06834/9618620



info@michaelschubert.saarland