

Praxis für Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie Joachim Scholz	<b>Qualitätsmanagement- handbuch KJP/VT</b>	7.1.1 Fragebogen Erstkontakt 4 - 18 Jahre
--	---	---

## 7.1.1 Erstkontakt Fragebogen (4 - 18 Jahre)

Nachname und Vorname des Patienten:	Geburtsdatum:
Hauptversicherer:	Krankenversicherung:
Anschrift des Patienten	
Telefonnummer tagsüber:	Telefonnummer für Notfälle:
<u>Alle</u> Sorgeberechtigten: Nachname, Vorname	Anschrift und Telefon:
Email:	Zuweiser: Name, Anschrift, Telefon
Hausarzt: Name, Anschrift, Telefon	Kinderarzt: Name, Anschrift, Telefon
Ich wünsche die Übersendung eines Abschlussberichtes an den zuweisenden Arzt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per E-Mail an die obenstehende E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Bei unentschuldigtem Terminversäumnissen oder kurzfristigen Absagen der probatorischen Sitzungen (unter 48 Stunden, ohne Vorlage eines aktuellen Attestes), verpflichte ich mich ein Ausfallhonorar in Höhe von 35 € zu zahlen.

**Alle Sorgeberechtigten stimmen der Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung zu.**

---

**Datum, Unterschrift des Patienten/aller Sorgeberechtigten**

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
J. Scholz	A. Scholz	3	02.05.2018	Seite 1 von 1