

Praxis für Psychotherapie Joachim Scholz	Qualitätsmanagement- handbuch KJP/VT	7.1.1 Fragebogen Erstkontakt 4 - 18 Jahre
------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------

7.1.1 Erstkontakt Fragebogen (4 - 18 Jahre)

Nachname und Vorname des/der Patienten*in:	Geburtsdatum:	
Krankenversicherung: Versichertennummer: IK-Nummer:	Hauptversicherte(r):	Verfügen Sie über eine EPA (Elektronische Patientenakte)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anschrift des/der Patienten*in		
Telefonnummer tagsüber:	Telefonnummer für Notfälle:	
<u>Alle</u> Sorgeberechtigten: Nachname, Vorname	Anschrift und Telefon:	
Emailadresse:	Zuweiser*in: Name, Anschrift, Telefon	
Hausarzt/-ärztin: Name, Anschrift, Telefon	Kinderarzt/-ärztin: Name, Anschrift, Telefon	
Ich wünsche die Übersendung eines Abschlussberichtes an den zuweisenden Arzt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass der Rechnungsversand an mich/uns als PDF- Dokument per Email erfolgt.	<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 50 € 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	8	31.08.2023	Seite 1 von 1