



Anmeldung für die Warteliste

Aufgrund des großen Bedarfs an Psychotherapie, der Dauer der Behandlung und der daraus resultierenden Auslastung der Praxen ist oftmals kein freier Psychotherapieplatz vorhanden. Mit der postalischen Zusendung des ausgefüllten Formulars werden Sie bzw. Ihr Kind in die Warteliste aufgenommen. Die Angaben sind freiwillig, helfen jedoch dabei, einen ersten groben Eindruck zu bekommen. Wenn ein Therapieplatz frei wird, werde ich versuchen, Sie zu kontaktieren. Zusätzlich gilt meine Empfehlung: fragen Sie parallel weiterhin auch bei anderen Therapeutinnen / Therapeuten nach freien Plätzen. Dies hat keine Auswirkungen auf die Aufnahme in meine Warteliste. Ich bitte jedoch um eine kurze Nachricht, falls Sie anderweitig einen Platz erhalten haben.

Datum: _____ **Ausgefüllt von:** _____

Angaben zu Patient/in:

Vorname und Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort: _____

Telefonnummer (Festnetz): _____

Telefonnummer (Handy): _____

E-Mail-Adresse: _____

Schule (Schulform und Klasse) bzw. Beruf /Arbeit: _____

Versicherung: gesetzlich privat Beihilfe

Patient/in lebt bei: beiden Eltern leiblicher Mutter leiblichem Vater

anderen: _____

Sorgerecht: gemeinsam Mutter Vater andere: _____

Josephine Schwarz
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Bergstr. 2, 56203 Höhr-Grenzhausen
Telefon: 02624 - 9427745
Mail: info@kiju-psychotherapie-schwarz.de

Vorbehandlungen:

Grobe Beschreibung der aktuellen Symptomatik / des Anliegens:

Einverständniserklärung

Um in meiner psychotherapeutischen Praxis als Patient/-in aufgenommen zu werden, wird die Zustimmung aller Sorgeberechtigter benötigt. Daher möchte ich Sie bitten, diese Einverständniserklärung zu unterschreiben und sobald wie möglich postalisch an mich zurückzusenden. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich demnach mit der Aufnahme Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes in die Warteliste und der Verwendung Ihrer Kontaktdaten zu Kommunikationszwecken einverstanden. Es werden über die Kommunikationswege (Telefon, E-Mail) grundsätzlich keine medizinisch sensiblen Daten versendet. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift – *sorgeberechtigte Mutter*)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift – *sorgeberechtigter Vater*)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift – *andere sorgeberechtigte Person*)

Josephine Schwarz
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Bergstr. 2, 56203 Höhr-Grenzhausen
Telefon: 02624 - 9427745
Mail: info@kiju-psychotherapie-schwarz.de