



(Von Praxis auszufüllen:

Eingegangen in Praxis: _____ Pat./BZP. kontaktiert am _____ 1. Termin vereinbart für am _____ um ____:____ Uhr)

Bitte füllen Sie folgende Anmeldeunterlagen (sofern zutreffend) vollständig aus. (Die Angabe von Emailadresse(n) ist freiwillig. Ich benötige jedoch mindestens eine Telefonnummer, um mit Ihnen in Kontakt treten zu können). Die Anmeldeunterlagen müssen in der Regel von allen Sorgeberechtigten und Patient*in ab 14 Jahren unterschrieben werden. Patient*innen ab 18 Jahren (in seltenen Ausnahmen auch ab 15 Jahren) können dies allein unterschreiben. Nur bei vollständigen Anmeldeunterlagen kann ich Ihnen einen Ersttermin anbieten (sobald ein Ersttermin möglich ist). Bei Schwierigkeiten/ Fragen /Problemen mit Unterschriften etc. melden Sie sich gern vorab zu meiner telefonischen Sprechzeit (aktuell in der Regel Mo-Do 12:00-12:25 Uhr). Diese Unterlagen benötige ich im Original per Post/ Einwurf an **Praxis Dr. Helene Börner, Schumacherstr. 1, 53909 Zülpich** - per E-Mail kann ich diese leider nicht annehmen. Herzlichen Dank für Ihre Mühe. Ich freue mich Sie persönlich kennen zu lernen!

Kontaktdaten und Angaben zum Kind/Jugendlichen und den Sorgeberechtigten/ Eltern/ ...:

	Patient*in	1. Sorge-/ Erziehungs- berechtigte Person / Eltern/ gesetzliche(r) Vertreter	2. Sorge-/ Erziehungs- berechtigte Person / Eltern/ gesetzliche(r) Vertreter
Vor- und Nachname			
Geburtsdatum & Alter & Geschlecht			
Relation	////////////////////	☐ leibliche Mutter ☐ Stiefmutter ☐ Pflegemutter ☐ anderes: _____ seit: _____	☐ leiblicher Vater ☐ Stiefvater ☐ Pflegevater ☐ anderes: _____ seit: _____
Sorgerecht für Patient*in	////////////////////	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Anschrift			
Telefonnummer (bitte nur angeben, falls Kontaktaufnahme darüber gewünscht)			
Email-Adresse (bitte nur angeben, falls Kontaktaufnahme darüber gewünscht – siehe S.5 Info und Einverständniserklärung)			
Höchster Schul-/ (Aus-) Bildungsabschluss	☐ Noch keiner, aktuell noch in Kindergarten oder Schule ☐ _____		
Aktueller Kindergarten/ Schule/ Beruf. Bitte bei dem Kind/ Jugendlichen auch den Namen des Kindergartens oder der Schule und die Klasse angeben	☐ Kindergarten ☐ Schule, Klasse: _____ Schulform: _____ _____ Name und Adresse des Kindergartens/ der Schule: _____ _____ _____ ☐ Ausbildung zum / Beruf: _____	z.Zt. ausgeübter Beruf/Ausbildung: _____ _____ _____ _____ In ☐ Teil- / ☐ Vollzeit	z.Zt. ausgeübter Beruf/Ausbildung: _____ _____ _____ _____ In ☐ Teil- / ☐ Vollzeit
Schulbesuch derzeit möglich?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht schulpflichtig	Sollte es noch weitere relevante (sorgeberechtigte / Bezugs-)Personen geben (z.B. anderes leibliches Elternteil, Stiefeltern, Pflegeeltern, Vormund,... o.ä. fügen Sie gern o.g. Daten auf einem extra Blatt bei)	



Vorname, Nachname und Geburtsdatum d. Patient*in: _____

Anmeldebogen ausgefüllt am: _____ von _____

Patientenbezogene Daten:**Überweisende(r) und/oder Behandelnde(r) Ärztin/Arzt** (z.B. Kinderarzt/ Hausarzt/ Kinder- & Jugendlichenpsychiater)

Name und Anschrift: _____

Das Kind/ der/die Jugendliche ist ☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ SelbstzahlerVersichert durch ☐ Vater/ ☐ Mutter/ _____ (bitte markieren oder eintragen)**Krankenkasse** des Kindes: _____ Nummer der Versicherung: _____

Versichertennummer des Kindes: _____

Psychiatrische / Psychotherapeutische Vorbefunde und Behandlung:

	Wenn ja, welche? (bei Medikation bitte auch Dosierung angeben)	Von wem und wann gestellt/verordnet?
Gibt es relevante (aktuelle) Vor- Diagnose(n) ? ☐ nein		
Nimmt das Kinder/ der Jugendliche regelmäßige Medikamente ein? ☐ nein		

Vorbehandlung/Mitbehandlung des Patienten/ der Patientin:☐ Aktuelle Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Name und Anschrift): _____☐ ambulante Psychotherapie in der Vergangenheit. Name des/der Psychotherapeut*in (Name und Anschrift): _____Welches Richtlinienverfahren? ☐ Verhaltenstherapie ☐ Analytische/Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ☐ Systemische Therapie I Wann wurde die Therapie beendet? _____☐ stationäre / teilstationäre psychiatrische / psychotherapeutische Behandlung in der Vergangenheit? Wo? _____

Von wann bis wann? _____

(Bringen Sie gern zu den ersten Sitzungen Vorbefunde/ Abschlussbericht(e) mit)

Anderweitige Parallel-Behandlung: Wir/ Ich erkläre(n), dass der/die o.g. Patient*in (zum Vorstellungstermin bzw. zum Zeitpunkt der Therapie in der Praxis Dr. Börner) sich in keiner stationären Behandlung und auch in keiner Behandlung in einer Institutsambulanz (/PIA) befindet und auch sonst nirgendwo zur Psychotherapie angebunden ist. Sollte sich hier etwas ändern, informieren wir die Praxis Dr. Helene Börner umgehend. Der/Die Patient(in) bzw. dessen/deren Sorgeberechtigte(r) verpflichtet/-n sich zur Übernahme der Kostenerstattung, sollte aufgrund einer tatsächlichen stationären Behandlung/ Behandlung in einer PIA o.ä. eine Abrechnung scheitern.

_____, den _____.202_____, _____
Ort Datum (Unterschrift der/des 1. Sorgeberechtigten / Mutter)_____, den _____.202_____, _____
Ort Datum (Unterschrift des/der 2. Sorgeberechtigten / Vater)_____, den _____.202_____, _____
Ort Datum (Unterschrift der sorgeberechtigten Institution/ andere(n) Sorgeberechtigte(n))_____, den _____.202_____, _____
Ort Datum (ggf. Unterschrift der/des Patientin/-en)

Vorname, Nachname und Geburtsdatum d. Patient*in: _____

Anmeldebogen ausgefüllt am: _____ von _____

Anderes zur Familie:Bei/Mit wem lebt das Kind/ der Jugendliche: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

Wie häufig Kontakt zur Mutter? _____ zum Vater? _____

Eltern ☐ sind verheiratet, seit _____ ☐ leben zusammen oder ☐ leben getrennt, seit _____☐ sind geschieden, seit _____ ☐ Mutter/ Vater verstorben, seit _____☐ Kind wurde adoptiert im Jahr _____ ☐ Pflegekind, seit _____.☐ Kind lebt(e) in Einrichtung von _____ bis _____ ☐ sonstiges: _____Angaben zu den **Geschwistern** des Kindes / Jugendlichen (sollte der Platz nicht reichen fügen Sie gern ein weiteres Blatt an):

Vor- und Nachname	Geburtsdatum und Alter	Kindergarten, Schule und Klasse, Ausbildung, Beruf (bitte inkl. des Namens der Einrichtung)	Geschwister/ Adoptiv-Pflege- / Halb-geschwister / bzw. beschreibe:	Im gleichen Haushalt wie Patient*in lebend?
				☐ ja ☐ nein, sondern:
				☐ ja ☐ nein, sondern:
				☐ ja ☐ nein, sondern:
				☐ ja ☐ nein, sondern:
				☐ ja ☐ nein, sondern:

An welchen Tagen und zu welchen Zeiten wäre eine regelmäßige wöchentliche Therapie

möglich? (Bitte geben Sie hier unbedingt mögliche Zeiten für regelmäßige, einmal wöchentliche Termine von 50 min. an, die für mindestens ein Jahr lang so fest eingeplant werden können. Sollten Sie länger auf der Warteliste stehen, sprechen wir dann noch einmal über die Zeiten. Wenn Sie hier keine Zeiten angeben, gehe ich davon aus, dass Sie bzw. Ihr Kind immer - also auch vormittags - können. Bitte beachten Sie, dass in der Regel nachmittags-Termine mit einer besonders langen Wartezeit verbunden sind. Zeitweise führe ich keine Warteliste für nachmittags (ab 13 Uhr) sondern ausschließlich für vormittags/mittags. Bitte besprechen Sie vorab mit Schule/ Ausbildungsstelle, was möglich wäre.)

Montag: ☐ 9:50 Uhr ☐ 10:50-11:40Uhr ☐ 12:25 Uhr ☐ 13:20 Uhr ☐ 14:20 Uhr**Dienstag:** ☐ 12:25 Uhr**Mittwoch:** ☐ 8:50 Uhr ☐ 9:50 Uhr ☐ 10:50-11:40Uhr**Donnerstag:** ☐ 9:50 Uhr ☐ 10:50-11:40Uhr ☐ 12:25 Uhr ☐ 13:20 Uhr ☐ 14:20 Uhr

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? _____

Wenn Sie möchten, können Sie hier **Gründe der Vorstellung** angeben: Was ist der aktuelle Grund, weswegen Sie einen Ersttermin in meiner Praxis wünschen? Welches Verhalten oder welche Beschwerden zeigt das Kind/ der Jugendliche? (Bitte in Stichworten):



Diese Seite bitte bei Patient*innen unter 18 Jahren bzw. mit gesetzlichen Vertreter*in ausfüllen:

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten / gesetzlichen Vertreter zur Therapie

Hiermit erkläre ich / erklären wir (Namen und Anschrift(en) der Sorgeberechtigten/ gesetzlichen Vertreter bitte in Druckschrift einfügen):

als Sorgeberechtigte(r) des (minderjährigen) Kindes:

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Vorname des Kindes	Name des Kindes	Geburtsdatum

dass wir folgende Sorgerechtsregelung haben (Zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ das gemeinsame Sorgerecht

☐ das alleinige Sorgerecht für die Mutter

☐ das alleinige Sorgerecht für den Vater

☐ eine andere Sorgerechtsregelung, nämlich _____

Und erklären uns mit einer Erstvorstellung, der Diagnostik und einer psychotherapeutischen Behandlung für unsere Tochter/ unseren Sohn /o.g. Patient*in in der psychotherapeutischen Praxis von Frau Dr.rer.med. Dipl.-Psych. Helene Börner einverstanden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Leider müssen wir dann die Behandlung beenden, da für die Behandlung Ihres Kindes das Einverständnis aller Sorgeberechtigten erforderlich ist.

Bei geschiedenen bzw. getrennt lebenden Eltern: Bitte bringen Sie unbedingt die gerichtliche Sorgerechtsregelung im Original zum Ersttermin mit.

Sind alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung einverstanden? ☐ ja ☐ nein

_____, den _____.202_____, _____
Ort Datum (Unterschrift der/des 1. Sorgeberechtigten / Mutter)

_____, den _____.202_____, _____
Ort Datum (Unterschrift des/der 2. Sorgeberechtigten/ Vaters)

_____, den _____.202_____, _____
Ort Datum (Unterschrift der sorgeberechtigten Institution/ andere(r)
Sorgeberechtigte(r): Bitte hier in Druckschrift wer/ welche es ist:
_____)

_____, den _____.202_____, _____
Ort Datum (ggf. Unterschrift der/des Patientin/-en)



Vorname, Nachname d. Patient*in: _____

Geburtsdatum d. Patient*in: _____

Einverständniserklärung Praxishund

Hiermit erkläre ich/wir, dass ich bzw. wir darüber informiert wurde(n), dass in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutischen Praxis Dr. Helene Börner ein Hund (GoldenDoodle) Frau Dr. Börner begleiten und unterstützen kann. Der Hund wird regelmäßig geimpft und entwurmt und tierärztlich untersucht.

Ich / wir bestätigen, dass ich und wir (sofern wir die Praxis betreten) frei von einer Hundehaarallergie bin/sind und keine Angst vor Hunden haben – sofern dies nicht Anlass der Therapie ist. Sollte ich / sollten wir eine Hundehaarallergie haben, kann ich/ können wir auf die Behandlung in der Praxis Dr. Helene Börner verzichten oder übernehmen die Verantwortung für die Folgen meiner Hundehaarallergie komplett selbständig.

Ich / wir bestätige(n) ferner, dass ich/wir ausreichend Tetanus geimpft bin/sind.

Der Umgang mit dem Praxishund ist stets für Mensch und Tier freiwillig. Im Umgang mit dem Praxishund handle ich/ handeln wir nach Vorgaben der Therapeutin und akzeptieren, wenn die Therapeutin den Kontakt zum Praxishund untersagt. Mir/Uns ist bewusst, dass die Therapeutin zu jedem Zeitpunkt im Interesse der/des Patientin/-en und auch zum Schutz des Hundes handelt.

Ort, Datum,

*Unterschrift der/des/aller gesetzlichen Vertreter*in(nen)/Sorgeberechtigte(n) / Erziehungsberechtigte(n) und/oder ggf. des/r Patienten/-in (ab 14 Jahren) und aller den/die Patient*in zur Therapiesitzung in die Praxis begleitende Personen*

Vor- und Nachnamen aller Unterschreibenden in Druckschrift: _____

Kontaktaufnahme per Email/SMS gewünscht?

Ich / Wir erklären bzgl. der auf Seite 1 genannten Telefonnummer(n), bzw. E-Mail-Adresse(n):

Korrespondenz bzw. Zusendung von Daten mit und durch die Praxis Dr. Helene Börner...

...per SMS erwünscht: ☐ Ja / ☐ Nein

... per E-Mail erwünscht: ☐ Ja / ☐ Nein (falls Nein, geben Sie auf S. 1 bitte **keine** E-Mail-Adresse an!)

Wenn Sie möchten, schicken wir Ihnen unsere Rechnung per E-Mail (meist inkl. Diagnose) - sofern eine Rechnungsstellung zutreffend ist (Privatabrechnung, Ausfallhonorar, Zusatzleistungen).

Rechnungsstellen per E-Mail gewünscht? ☐ Nein ☐ Ja, an folgende E-Mail-Adresse: _____

Die auf Seite 1 genannten Daten sind korrekt. Mir/Uns ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails bzw. SMS personenbezogene Daten enthalten können und dass der Emailversand unverschlüsselt erfolgt/ erfolgen kann. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails/ SMS verbunden sind – insbesondere die möglicherweise unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst. Ich/ Wir teilen der Praxis Dr. Helene Börner Änderungen hinsichtlich der Nummern und E-Mail-Adressen umgehend mit.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden.

Datum, Ort, Unterschrift aller Sorgeberechtigte(n) und aller auf S. 1 genannter Personen und ggf. des/r Patienten/-in (ab 14 Jahren)

Namen der Unterschreibenden in Druckschrift: _____

Dr.rer.medic. Helene Börner

Diplom-Psychologin

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT)

Schumacherstr.1
53909 Zülpih

Email: Helene.Boerner@posteo.de

Telefon: 02252/ 8392007