



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 in meiner telefonischen Sprechstunde. 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.3 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 Ort des Kindergartens/ der Schule: _____ ☐ Ausbildung zum / Beruf:	Beruf/Ausbildung: _____ _____ _____ _____ In ☐ Teil- / ☐ Vollzeit	Beruf/Ausbildung: _____ _____ _____ _____ In ☐ Teil- / ☐ Vollzeit
Schulbesuch derzeit möglich?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht schulpflichtig		



Vorname, Nachname und Geburtsdatum Patient*in: _____

Anmeldebogen ausgefüllt am: _____ von _____

Patientenbezogene Daten:

Überweisende(r) und/oder Behandelnde(r) Ärztin/Arzt inkl. Adresse bzw. Telefonnr. (z.B. Kinderarzt/
Hausarzt/ Kinder- und Jugendlichenpsychiater): _____

Das Kind/ der/die Jugendliche ist ☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ Selbstzahler

Versichert durch ☐ Vater/. ☐ Mutter/ _____ (bitte markieren oder eintragen)

Krankenkasse des Kindes: _____ Nummer der Versicherung: _____

Versichertennummer des Kindes: _____

Psychiatrische / Psychotherapeutische Vorbefunde und Behandlung:

(Aktuelle) **Diagnose(n)**: _____

Gestellt von: _____

Medikation (bitte auch Dosierung): _____

Psychiatrische/ Ärztliche Begleitung/Verordnung der Medikation durch wen: _____

Aktuelle Psychiatrische Behandlung durch _____

Vorbehandlung des Patienten/ der Patientin:

☐ ambulante Psychotherapie in der Vergangenheit. Wann wurde die Therapie beendet? _____

☐ stationäre / teilstationäre psychiatrische /psychotherapeutische Behandlung in der Vergangenheit?

Wann wurde die Therapie beendet? _____

(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)

Dr.rer.medic. Helene Börner

Schumacherstr.1

Email: Helene.Boerner@posteo.de

Diplom-Psychologin

53909 Zülpich

Telefon:02252/ 8392007

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT)



Vorname, Nachname und Geburtsdatum Patient*in: _____

Anmeldebogen ausgefüllt am: _____ von _____

Anderes zur Familie:

Bei wem lebt das Kind/ der Jugendliche: _____

Eltern ☐ leben zusammen oder ☐ leben getrennt oder ☐ _____ undEltern sind ☐ verheiratet, ☐ getrennt, ☐ geschieden, _____

Wie häufig Kontakt zur Mutter? _____ zum Vater? _____

Angaben zu den Geschwistern des Kindes / Jugendlichen

Name: _____ Alter: _____ Kindergarten / Klasse / Ausbildung / Beruf: _____

Name: _____ Alter: _____ Kindergarten / Klasse / Ausbildung / Beruf: _____

Name: _____ Alter: _____ Kindergarten / Klasse / Ausbildung / Beruf: _____

Name: _____ Alter: _____ Kindergarten / Klasse / Ausbildung / Beruf: _____

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. Natürlich ist mir klar, dass sich diese Zeiten bei Ihnen ändern können, vor allem wenn Sie länger auf der Warteliste stehen sollten. In diesem Fall sprechen wir dann noch einmal über die Zeiten und dann benötige ich auch eine verbindliche Zeit, die voraussichtlich mindestens im nächsten Jahr so konstant bleiben kann. 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. Die Elterntermine müssen in der Regel vormittags stattfinden.)

Montag: ☐ 10 Uhr ☐ 11 Uhr ☐ 12:30 Uhr ☐ 13:30 Uhr ☐ 14:30 Uhr**Dienstag:** ☐ 10 Uhr ☐ 11 Uhr ☐ 12:30 Uhr ☐ 13:30 Uhr**Mittwoch:** ☐ 10 Uhr ☐ 11 Uhr ☐ 12:30 Uhr ☐ 13:30 Uhr ☐ 14:30 Uhr**Donnerstag:** ☐ 9 Uhr**Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?** _____**KONTAKTAUFNAME 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. SMSen 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), 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 ZülpihEmail: Helene.Boerner@posteo.de

Telefon: 02252/ 8392007



Anmeldebogen ausgefüllt am: _____ von _____

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

Email: Helene.Boerner@posteo.de
Telefon: 02252/ 8392007