



**Gemeinschaftspraxis
für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderkardiologie
Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie
Leimen und Schwetzingen**

Dr. med. Ranny Goldwasser und Dr. med. Stephan Oberle

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin - Kinderkardiologie

Sowie Dr. med. Tamaris Zwickler

Kinder- und Jugendpsychiaterin / Psychotherapeutin

🌐 www.kinderpraxis-go.de

Anmeldebogen Behandlung Kinder und Jugendliche

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum und Geburtsort des Kindes: _____

Klasse und Schulart: _____ Krankenkasse von Kind: _____

PLZ +Adresse: _____

Name der Sorgeberechtigten: _____

Tel. Nr. + E-Mail der Sorgeberechtigten _____

Tel. Nr. + E-Mail des Patienten/in oder weitere Person _____

Was ist Ihr Anliegen/ welche Schwierigkeiten bereiten Ihnen bei Ihrem Kind Sorgen, weswegen Sie eine Beratung/Behandlung wünschen? _____

Für uns ist es wichtig, Sie telefonisch bei Bedarf zeitnah erreichen zu können. Daher bitten wir Sie, uns zu schreiben, wann Sie am besten telefonisch erreichbar sind:

Mo: _____ Di: _____ Mi: _____ Do: _____ Fr: _____

Besteht aktuell eine laufende Behandlung des Patienten außerhalb unserer Praxis?

Zum Beispiel in einem **Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)**, einer **psychiatrischen Klinik-Institutsambulanz PIA (z.B. ZI)** oder einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung?

(Bitte ankreuzen) Ja ☐ Nein ☐ wenn ja wo: _____

Zum Ersttermin ist es wichtig, dass sowohl **das Kind wie auch möglichst beide Eltern oder die Sorgeberechtigten** erscheinen.

Bringen Sie bitte die Krankenversicherungs-**Chipkarte**, das gelbe **Untersuchungsheft** (U1 bis U9) und ggf.

Kopien der Schulzeugnisse sowie, falls vorhanden, **Berichte** über Vorbehandlungen oder sonstige fachliche Einschätzungen zum Termin mit.

Bei Nichterscheinen oder sehr kurzfristiger Terminabsage wird ein Ausfallhonorar nach GOÄ

(Gebührenordnung für Ärzte) erhoben.

Datum und Unterschrift (des ersten oder alleinigen Sorgeberechtigten)

Datum und Unterschrift (des zweiten Sorgeberechtigten bei gemeinsamem Sorgerecht)

Einverständniserklärung: Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind in u.g. Praxis kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt wird. Ich stimme zu, dass Daten zur ausschließlichen Verwendung in der Praxis aufgezeichnet und archiviert werden dürfen. Bei Abgabe des Schreibens mit nur einer Unterschrift wird vom Unterschreibenden damit bestätigt, dass das alleinige Sorgerecht vorliegt.

Rohrbacher Str. 6 und Schwetzinger Str. 2
69181 Leimen

☎ 06224-76008
☎ 06224-76007

Duisburger Str. 13
68723 Schwetzingen

☎ 06202-16775
☎ 06202-7608288

✉ info@kinderpraxis-go.de

✉ info2@kinderpraxis-go.de

Bankverbindung: Sparkasse Heidelberg - IBAN: DE94 6725 0020 0009 3517 36 - BIC: SOLADES1HDB