

Anmeldung zum Erstgespräch in der Praxis für Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie Solveig Zille

Hiermit melde ich _____,
Vor- und Nachname des Kindes / Jugendlichen _____
geboren am _____, zum Erstgespräch am _____
in der Psychotherapeutischen Praxis Solveig Zille an.

**Bitte bringen Sie zum Ersttermin und zu jedem 1. Termin eines neuen Quartals die
Versichertenkarte mit!**

Kontaktdaten:

Straße und Hausnr. _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon (mobil oder Festnetz, die Nummer mit der besten Erreichbarkeit bzw. Möglichkeit zum
Hinterlassen von Nachrichten):

E-Mail (Absagen seitens der Praxis erfolgen per Email!):

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im
Wesentlichen für Organisatorisches genutzt. Sensible und persönliche Daten werden nicht digital versendet.
Ich bin mit der Nutzung der angegebenen Kommunikationswege einverstanden.

Krankenkassen- und Versicherungsdaten:

Name der Versicherung: _____ Versicherungsnummer: _____

Sorgeberechtigte: Beide Eltern Mutter Vater Weitere Person: _____

**Bei getrenntlebenden Eltern und gemeinsamen Sorgerecht bitte unbedingt die schriftliche Zustimmung
des anderen Elternteils zum Erstgespräch mitbringen!**

Ich nehme zur Kenntnis, dass Daten über meine Person bzw. meines Kindes verarbeitet und gespeichert
werden und erkläre mich damit einverstanden.

Im Falle von Nichteinhaltung eines Termins muss dieser mind. 48 Stunden vorher abgesagt werden (per E-
Mail, bitte nicht telefonisch!), andernfalls wird die Ausfallstunde in Höhe von 95,00 Euro privat in Rechnung
gestellt. Dies gilt auch für mögliche weitere Termine, die nach dem Ersttermin vereinbart werden.

Ich habe die o.g. Punkte zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden. Mir ist bewusst, dass ich
diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum Unterschrift **beider** Erziehungsberechtigten bzw. der Inhaber der Personensorge, ab 15 Jahren
der/des Jugendlichen