

**Anmeldung für gesetzlich Versicherte
in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Julia Bucker, Dieburg**

Hiermit melde ich _____,
Vor- und Nachname des Kindes / Jugendlichen

geboren am _____, zum Erstgespräch am _____

bei der Therapeutin **Frau Zeisel** **Frau Bucker** in der Praxis für Psychotherapie

Bucker, Zentturmstr. 8, 64807 Dieburg, an.

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

Kontaktdaten:

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.

Adresse: _____

Telefon (nach Möglichkeit mobil): _____ (PatientIn)

_____ (Mutter) _____ (Vater)

E-Mail: _____

Krankenkassen- und Versicherungsdaten:

Name der Versicherung: _____ Versicherungsnummer: _____

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 min. 24 Stunden vorher abgesagt werden (per Telefon oder E-Mail), andernfalls wird die Ausfallstunde in Höhe von 89,00 Euro privat in Rechnung gestellt.

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
ab 15 Jahren des Jugendlichen