

# Anmeldebogen

Hiermit melde ich \_\_\_\_\_  
*Vor- und Nachname der Kindes / Jugendlichen*

geboren am \_\_\_\_\_, zum Erstgespräch am \_\_\_\_\_

in der Psychotherapeutischen Praxis J. Bückler, Fuchsberg 6, 64807 Dieburg, an.

**Sorgeberechtigte:**     Beide Eltern         Vater         Mutter         Weitere Person

## Kontaktdaten:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonisch erreichbar unter (nach Möglichkeit mobil): \_\_\_\_\_

## Krankenkassen-Versicherungsdaten:

Name Versicherung: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Name des Hauptversichernehmers: \_\_\_\_\_

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

Zum Ersttermin und zu jedem 1. Termin eines neuen Quartals muss die **Versichertenkarte** vorgelegt werden.

Im Falle von Nichteinhaltung von Terminen muss dieser mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, anderenfalls muss eine Ausfallstunde in Höhe von 89,00 Euro privat in Rechnung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beider Erziehungsberechtigter  
ab 15 Jahren des Jugendlichen