



Dr. med. Andrea Tschirch | Rhinstr. 5 | 16831 Rheinsberg

Tel.: 033931-80 86 81  
Fax: 033931-80 86 83  
anfrage@kjp-rheinsberg.de  
www.kjp-rheinsberg.de

# Anmeldebogen

Bitte bringen Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Bogen, das gelbe Untersuchungsheft, vorhandene Vorbefunde, die schriftliche Zustimmung von getrennt lebenden Sorgeberechtigten sowie die gültige Krankenkassenkarte des Kindes zur Erstvorstellung mit.

Patient/in Name:

Geburtsdatum:

Alle Sorgeberechtigten:

Telefonnummer der Eltern

Meldeanschrift:

ggf. Zweitwohnsitz

E-Mail Eltern:

E-Mail und Telefon Jugendlicher:

Andere wichtige Bezugspersonen Telefon:

Mehrsprachigkeit, Familiensprache:

Kinderarzt/ärztin:

Vorbehandler/in (PIA/SPZ):

Krankenkasse:

Versichertennummer:

Schule/Kita:

Klassenstufe/Klassenlehrer/in:  
Bezugserzieher/in

Zuständiges Jugendamt/Sachbearbeiter/in:

Familien-Einzelfallhelfer/in Telefonnummer:

Körperliche Erkrankungen des Patienten:

Psychische und körperliche Erkrankungen in der Familie:

Allergien:

Medikamente:

Wann war das letzte EKG:

Wann war die letzte Blutentnahme:

Der Grund unseres Termins ist:

Was soll sich ändern:

Welche Hilfen wurden schon genutzt:

Wurde bereits eine Psychodiagnostik durchgeführt? Welche Tests? Wann?

Wir als Sorgeberechtigte von: \_\_\_\_\_

stimmen der Diagnostik und Behandlung bei Fr. Dr. Tschirch und ihren Mitarbeitern vollumfänglich zu.

Wir erklären uns für die Dauer der Behandlung unseres Kindes/Jugendlichen damit einverstanden, dass Fr. Dr. Tschirch sowie ihre Mitarbeiter zu

---

*(Mit diesen Personen/Institutionen dürfen wir uns austauschen.)*

in schriftlicher und mündlicher Form Kontakt aufnehmen, um Informationen über unser Kind wechselseitig auszutauschen.

Wir sind mit der Verarbeitung und Speicherung der personenbezogenen Daten unseres Kindes im Rahmen der Behandlung inklusive der Videosprechstunde einverstanden.

Video, Ton, und Bildmaterial von unserem Kind, darf zu diagnostischen, therapeutischen Zwecken und bei Fortbildungen verwendet werden.

Über die e-PA (elektronische Patientenakte) habe ich mich selbstständig informiert. ([www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/elektronische-patientenakte](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/elektronische-patientenakte))

Über die Anwesenheit eines Therapiehundes in der Praxis sind wir informiert.

Terminabsagen erfolgen so früh wie möglich per E-Mail oder Telefon (AB); mindestens 48h vor dem vergebenen Termin.

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir, dass keine Doppelbehandlung mit weiteren KJP-Praxen, PIA oder SPZ, im Sinne der kassenärztlichen Vereinigung vorliegt.

Name der Sorgeberechtigten

Unterschrift der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in

Ort und Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_