

## Gemeinschaftspraxis für Kinder- u. Jugendpsychiatrie

**Dr. med. Adam Alfred**  
Kinder- u. Jugendpsychiater  
Psychoanalyse für Erwachsene

**Dr. med. Justina Hönes-Becker**  
Kinder- u. Jugendpsychiaterin  
und -psychotherapeutin

Homöopathie, Neurofeedback

**Nymphenburger Str. 156, 80634 München**  
Tel.: 089-189 512-10 / Fax: 089-189 512-13

[sekretariat@praxis-alfred-becker.de](mailto:sekretariat@praxis-alfred-becker.de)

[www.praxis-alfred-becker.de](http://www.praxis-alfred-becker.de)

---

München, den \_\_\_\_\_

### Patientenanmeldeformular Erwachsene

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Vorstellungsgrund: \_\_\_\_\_

Erstvorstellungs-/Kontrolltermin: \_\_\_\_\_

Versicherung:  Privat: \_\_\_\_\_ oder  Selbstzahler

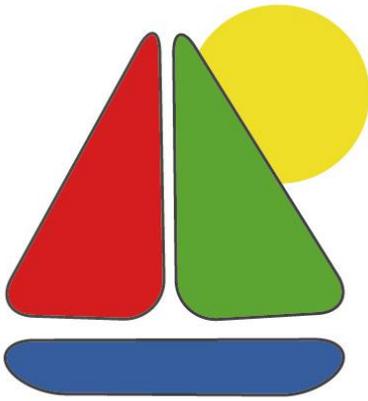
Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich nach den Ziffern der GOÄ. Die genaue Berechnung entnehmen Sie bitte dem Kostenvoranschlag. Wir bitten um Begleichung der Rechnung in der Praxis per EC-Karte oder bar gegen Quittung.

Selbstverständlich können Termine im Krankheitsfall auch kurzfristig abgesagt werden, vorausgesetzt es wird ein ärztliches Attest vorgelegt. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Terminabsagen aus anderen Gründen als Krankheitsgründen nicht berücksichtigt werden können. Sie werden immer in Rechnung gestellt. Dies hängt damit zusammen, dass der Termin nur für Sie reserviert ist und nicht mit einem anderen Patienten belegt werden kann.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin (falls vorhanden) Testunterlagen/Arztbriefe in Kopie mit.

---

Datum, Unterschrift Patient



## Gemeinschaftspraxis für Kinder- u. Jugendpsychiatrie

**Dr. med. Adam Alfred**

Kinder- u. Jugendpsychiater

Psychoanalyse für Erwachsene

**Dr. med. Justina Hönes-Becker**

Kinder- u. Jugendpsychiaterin

und -psychotherapeutin

Homöopathie, Neurofeedback

**Nymphenburger Str. 156, 80634 München**

Tel.: 089-189 512-10 / Fax: 089-189 512-13

[sekretariat@praxis-alfred-becker.de](mailto:sekretariat@praxis-alfred-becker.de)

[www.praxis-alfred-becker.de](http://www.praxis-alfred-becker.de)

München, den \_\_\_\_\_

### Anamnesebogen für Erwachsene

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Schulbildung: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Beschwerden, Symptome: \_\_\_\_\_

Weshalb kommen Sie gerade jetzt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was soll sich verbessern? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Jetzige Lebenssituation:**

Partnerschaft: (bitte schildern Sie kurz die aktuelle Situation) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kinder: (Alter, KiTa/Schule/Studium) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arbeitsstelle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kindheit/Jugend:**

Gab es in Ihrer Kindheit/Jugend psychisch bedingte Probleme, wie z.B. Bettnässen, Stottern, Ängste, etc.:

---

---

Hatten Sie als Kind/Jugendlicher Probleme im sozialen Bereich (Freundeskreis, Mobbing etc.)?

---

---

Andere Belastende Faktoren (Umzug, Verlust von Bezugspersonen, Trennung der Eltern etc.):

---

---

**Gesundheit:**

Gab es in Ihrem bisherigen Leben ernste Erkrankungen oder auch Operationen? Wenn ja nennen Sie sie bitte:

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? \_\_\_\_\_

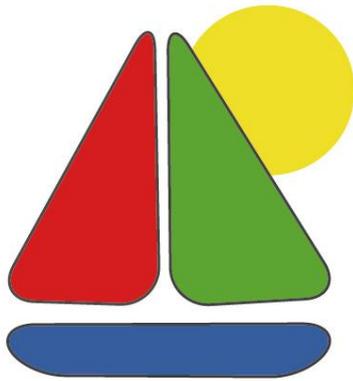
Wie viel Alkohol trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_

Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie andere Drogen? Welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal Psychotherapie? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihr Vertrauen!**



## Gemeinschaftspraxis für Kinder- u. Jugendpsychiatrie

**Dr. med. Adam Alfred**  
Kinder- u. Jugendpsychiater  
Psychoanalyse für Erwachsene

**Dr. med. Justina Hönes-Becker**  
Kinder- u. Jugendpsychiaterin  
und -psychotherapeutin

Homöopathie, Neurofeedback

**Nymphenburger Str. 156, 80634 München**

Tel.: 089-189 512-10 / Fax: 089-189 512-13

[sekretariat@praxis-alfred-becker.de](mailto:sekretariat@praxis-alfred-becker.de)

[www.praxis-alfred-becker.de](http://www.praxis-alfred-becker.de)

---

### Einwilligungserklärung zur Behandlung für Erwachsene

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

#### **Bitte die zutreffenden Kästchen ankreuzen!**

##### **1. Einwilligung zur Kommunikation mit der Praxis**

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation mit der Praxis ggf. auch per **E-Mail** stattfinden kann:  
(Hinweis: von unserer Seite werden die E-Mails nur verschlüsselt verschickt, ebenfalls die Anhänge)

JA, ich bin einverstanden  NEIN, ich bin nicht einverstanden

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation mit der Praxis ggf. auch per **SMS** stattfinden kann:

JA, ich bin einverstanden  NEIN, ich bin nicht einverstanden

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation mit der Praxis ggf. auch per **Fax** stattfinden kann:

JA, ich bin einverstanden  NEIN, ich bin nicht einverstanden

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation bei Bedarf und vorheriger Absprache via **Video** stattfinden kann:

JA, ich bin einverstanden  NEIN, ich bin nicht einverstanden

---

---

## 2. Einwilligung zum Rezeptversand

---

Ich willige ein, dass angeforderte Rezepte (ggf. auch BTM-Rezepte) per Post an meine angegebene Anschrift verschickt werden:

- JA, ich bin einverstanden  NEIN, ich bin nicht einverstanden
- 

Ich willige ein, dass angeforderte Rezepte bei Bedarf und nach vorheriger Absprache an die von mir angegebene Apotheke per Post oder per Fax übermittelt werden darf:

- JA, ich bin einverstanden  NEIN, ich bin nicht einverstanden
- 

## Nur für Privatversicherte!

### 3. Einwilligung zur Abrechnung über unsere Abrechnungsfirma:

Die Rechnungsstellung für **Privatversicherte** haben wir an eine Ärztliche Abrechnungsgesellschaft (Medas) delegiert. Befreiung von der Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

- JA** Ich befreie hiermit meine/n ärztliche/n bzw. therapeutischen Behandler/in für diese und künftige Behandlungen von dessen/deren beruflicher Verschwiegenheitsverpflichtung und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen Daten (Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) an Medas factoring GmbH, Messerschmittstraße 4, 80992 München, Tel.: 089-143100 (im Folgenden „Medas“ genannt), einverstanden. Mir ist bewusst, dass es sich bei den Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO handelt. Medas ist Auftragsverarbeiter nach Art. 28 DSGVO. Der Behandler ist datenschutzrechtlich Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf von bestehenden Aufbewahrungsfristen.

Ich erkläre mein Einverständnis zu einer Abtretung der Vergütungsansprüche aus der Tätigkeit meiner Behandler/innen an Medas zu einer Rechnungsstellung durch Medas.

Diese Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Hierzu können Sie sich an die obige Anschrift von Medas wenden.

---

Datum

---

Unterschrift Patient