

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

www.praxis-alfred-becker.de

München, den _____

Patientenanmeldeformular Erwachsene (Selbstzahler)

Vorname: _____ Nachname: _____ Geb.dat.: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Mobil: _____

Email: _____

Vorstellungsgrund: _____

Erstvorstellungs-/Kontrolltermin: _____

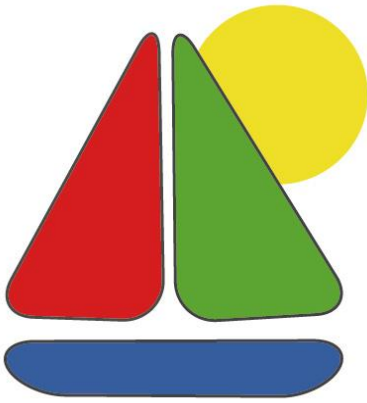
Versicherung: Privat: _____ oder Selbstzahler

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

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? _____

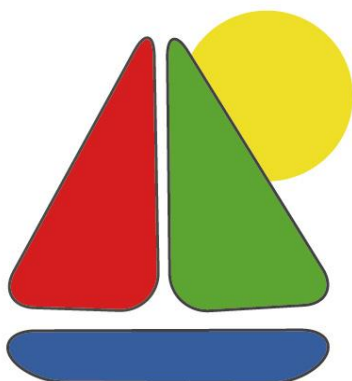
Wie viel Alkohol trinken Sie täglich? _____

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

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