



Praxis Griebhaber für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychologische Beratung und Diagnostik

Nico Griebhaber, Sina Krieger und Kolleg*innen

🏠 Am Winzerkeller 1A - 77723 Gengenbach

🏠 Lotzbeckstr. 26/1 - 77933 Lahr

🏠 Am Elzdamm 42/1 - 79312 Emmendingen

🏠 Alte Bundesstraße 54 - 79194 Gundelfingen

☎ 0152/04191046 🖨 07803/7009315

✉ praxis@psychotherapie-griesshaber.de

🌐 www.psychotherapie-griesshaber.de

Anmeldebogen

Liebe Patientinnen, liebe Patienten bzw. liebe Eltern,

wir bitten Sie, uns den Anmeldebogen bei Interesse an einem Platz zur Diagnostik, Therapie oder Beratung ausgefüllt zukommen zu lassen.

Hierfür gibt es folgende Möglichkeiten:

- per E-Mail an praxis@psychotherapie-griesshaber.de (nicht auf die automatische E-Mail bei der Online-Buchung antworten)
- per Post an folgende Adresse: Am Winzerkeller 1 A, 77723 Gengenbach (unabhängig vom Wunschstandort)

Sobald uns die Unterlagen vollständig vorliegen, berücksichtigen wir Sie bzw. Ihr Kind bei der Vergabe von Diagnostik- und Therapieplätzen sowie bei der Vergabe unserer Beratungsangebote.

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Gesetzlich Versicherte ab 15 Jahren: Dürfen die Sorgeberechtigten von der Therapie erfahren? _____

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort): _____

Kontaktdaten (E-Mail, Handy) bei Jugendlichen und Erwachsenen: _____

Geschwister: _____

Kindergarten/Schule (mit Stufe)/Ausbildung/Studium: _____

Krankenkasse: _____

Name und Adresse des Kinder-/Hausarztes: _____

Dieser Abschnitt ist nur von Versicherten der AOK Baden-Württemberg auszufüllen:

Versicherte der AOK BW haben den Vorteil, dass wir ihnen, wenn sie am Haus- und Facharztprogramm teilnehmen, schneller einen Therapieplatz anbieten dürfen (weitere Informationen zur Teilnahme können, falls unklar, bei der AOK BW oder bei uns erfragt werden).

Liegt eine Einschreibung ins Hausarztprogramm vor? ja nein

Liegt eine Einschreibung ins Facharztprogramm vor? ja nein

Falls nur eine Einschreibung ins Hausarztprogramm vorliegt: Ist für einen schnelleren Therapiebeginn eine Einschreibung ins Facharztprogramm durch uns gewünscht? ja nein

Bitte nennen Sie uns die **Versicherungs- und Versichertennummer**, die Sie auf der Vorderseite Ihrer Versichertenkarte finden: _____



Praxis Griebhaber für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychologische Beratung und Diagnostik

Nico Griebhaber, Sina Krieger und Kolleg*innen

🏠 Am Winzerkeller 1A - 77723 Gengenbach

🏠 Lotzbeckstr. 26/1 - 77933 Lahr

🏠 Am Elzdamm 42/1 - 79312 Emmendingen

🏠 Alte Bundesstraße 54 - 79194 Gundelfingen

☎ 0152/04191046 🖨 07803/7009315

✉ praxis@psychotherapie-griesshaber.de

🌐 www.psychotherapie-griesshaber.de

Eltern:

Leben die Eltern zusammen? Ja Nein

Mutter: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Herkunftsland/Nationalität: _____

Telefonnr.: _____ Handynr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Vater: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Herkunftsland/Nationalität: _____

Telefonnr.: _____ Handynr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Angaben zu Eltern/Bezugspersonen (z. B. Pflegeeltern), bei denen das Kind bzw. Sie derzeit lebt/leben (falls abweichend von der Vorderseite):

Angaben zum Vorstellungsgrund:

Wann begann die Symptomatik?

Welche Behandlungsschritte wurden bisher unternommen?

Hat bereits eine Therapie stattgefunden? Wenn ja, in welchem Zeitraum?

Über wen sind Sie bzw. über wen ist Ihr Kind versichert?



Praxis Griebhaber für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychologische Beratung und Diagnostik

Nico Griebhaber, Sina Krieger und Kolleg*innen

🏠 Am Winzerkeller 1A - 77723 Gengenbach

🏠 Lotzbeckstr. 26/1 - 77933 Lahr

🏠 Am Elzdamm 42/1 - 79312 Emmendingen

🏠 Alte Bundesstraße 54 - 79194 Gundelfingen

☎ 0152/04191046 🖨 07803/7009315

✉ praxis@psychotherapie-griesshaber.de

🌐 www.psychotherapie-griesshaber.de

Welche Art der Unterstützung stellen Sie sich vor (Diagnostik/Therapie/Beratung)?

Gewünschter Standort (je flexibler Sie sind, desto kürzer ist die Wartezeit):

Gengenbach Lahr Emmendingen Gundelfingen egal online

Gewünschter Kostenträger: Krankenkasse Selbstzahlerbasis

Der folgende Abschnitt muss nur ausgefüllt werden, wenn nach der Diagnostik eine Therapie oder Beratung gewünscht ist.

Es kann gegebenenfalls zu Wartezeiten kommen, bis die Therapie/Beratung beginnt. Dies richtet sich nach unseren freien Kapazitäten und Ihrer Flexibilität.

Bitte geben Sie die jeweiligen Zeiten an, zu denen ein regelmäßiger Termin möglich ist. Je mehr Termine Sie nennen, desto schneller geht es. Geben Sie idealerweise auch morgens Termine an, da dies die Wartezeit verkürzt. Wir können Sie bzw. Ihr Kind hierfür von der Schule bzw. der Arbeit entschuldigen.

Montag: _____

Dienstag: _____

Mittwoch: _____

Donnerstag: _____

Freitag: _____

Samstag: _____

Die Praxis darf mich zur Terminvereinbarung oder bei Rückfragen per E-Mail kontaktieren (bitte Spam-Ordner kontrollieren): ja nein, bitte nur telefonisch (bitte längere Wartezeit berücksichtigen)

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen **48 Stunden vorher** absagen muss. Ich bin darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe von 50,00 € in Rechnung gestellt werden.

Ich versichere, dass alle meine Angaben korrekt sind.

Sollte ich fälschlicherweise eine Teilnahme am Hausarztprogramm/Facharztprogramm der AOK BW angegeben haben, bin ich mir darüber bewusst, dass die Therapiekosten selbst zu tragen sind.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis.

Datum: _____

Unterschrift: _____



Praxis Grießhaber für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychologische Beratung und Diagnostik

Nico Grießhaber, Sina Krieger und Kolleg*innen

🏠 Am Winzerkeller 1A - 77723 Gengenbach

🏠 Lotzbeckstr. 26/1 - 77933 Lahr

🏠 Am Elzdamm 42/1 - 79312 Emmendingen

🏠 Alte Bundesstraße 54 - 79194 Gundelfingen

☎ 0152/04191046 🖨 07803/7009315

✉ praxis@psychotherapie-griesshaber.de

🌐 www.psychotherapie-griesshaber.de

Behandlungseinverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

(Für Patienten unter 15 Jahren und Privatversicherte)

Ich bin/Wir sind als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass mein/unser Kind
_____ zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls
therapeutischen Behandlung in der Praxis Grießhaber vorgestellt wird.

Unterschrift **aller** Erziehungsberechtigten:

Datum Mutter

Datum Vater

Datum Sonstige

Ich habe das **alleinige** Sorgerecht für meine Tochter/meinen Sohn.

Datum Erziehungsberechtigte/r