



Praxis
für Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie

Konstanze Guhra
Jöllenbecker Str. 129
33613 Bielefeld
Telefon: 0521-999 0845
Fax: 0521-303 850 61
info@praxis-guhra.de
www.praxis-konstanze-guhra.de

Sie möchten einen Termin in der *psychotherapeutischen Sprechstunde* vereinbaren?

Die *Sprechstunde* dient der Klärung, ob eine ambulante Psychotherapie für Ihr Kind/ Dich die richtige Unterstützung ist. Termine in der Sprechstunde dauern 25 bzw. 50 Minuten und können maximal 10 bzw. 5 x in Anspruch genommen werden.

Es wird bei Bedarf auch über Beratungs- und Hilfsangebote informiert, die nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Falls eine Psychotherapienotwendigkeit besteht, wird über die (Verdachts-) Diagnose und das weitere Vorgehen informiert, ebenso darüber, welches oder welche Psychotherapieverfahren empfohlen werden, ob die Behandlung als Einzel- oder Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden sollte und ob eine Behandlung in meiner Praxis durchgeführt werden kann.

Eine Weiterbehandlung bei mir erfolgt jedoch nicht automatisch.

Die Sprechstunde sollte als Angebot zur ersten orientierenden Abklärung verstanden werden.

Erstgespräche werden genauso wie spätere Behandlungstermine verbindlich vereinbart.

Bitte beachten:

In meiner Praxis arbeite ich nach dem Bestellsystem, d.h. dass ich für Sie/ Dich immer eine Sitzung (i.d.R. 50 Minuten) reserviere. In einer Bestellpraxis ist es in der Regel nicht möglich, kurzfristig ausgefallene Termine neu zu besetzen. Teilen Sie mir deshalb Terminabsagen möglichst frühzeitig mit.

Bei Absagen später als 24 Stunden vor dem Termin, gleich aus welchen Gründen, berechne ich ein Ausfallhonorar privat in Höhe von 50,00 Euro, es sei denn, der Termin konnte an einen anderen Patienten vergeben werden. Sie können mir jederzeit auch auf den Anrufbeantworter sprechen, falls Sie einen Termin absagen müssen.

Ich möchte einen Termin in der psychotherapeutischen Sprechstunde für mich/ für mein Kind vereinbaren.

Name/ vollständiger Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

krankenversichert bei (Name der Krankenkasse): _____

Versichertennummer: _____

Name, Vorname des Sorgeberechtigten:

Anschrift:

Telefonnummer:

Mobilnummer

e-mail:

Hausarzt/ Kinderarzt:

Kinder- & Jugendpsychiater:

Name der Schule:

Klasse:

Gibt es Probleme in der Schule?

Warum glauben Sie/ glaubst Du, dass eine Psychotherapie notwendig ist? Nennen Sie die bestehenden Probleme
- möglichst auch, seit wann diese bestehen:

Werden Sie über das Jugendamt betreut? Ggf. Name des zuständigen Mitarbeiters.

Waren schon stationäre Behandlungen notwendig? Ggf. wann/ wo:

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind?

Wären Sie/ wärst Du damit einverstanden, dass ich Ihre Therapieplatzanfrage anonymisiert an Kollegen
weitergebe?

JA

NEIN

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen kann, diesen mindestens 24
Stunden vorher telefonisch (AB) absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass nicht
wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Höhe von 50,00 Euro privat in Rechnung gestellt
werden.

Name (eines Sorgeberechtigten): _____

Ort/ Datum/ Unterschrift (ggf. d. Sorgeberechtigten)

Bitte schicken Sie mir dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben an die o.g. Praxisanschrift/ per Fax zu. Ich
melde mich dann wegen eines Termins unter der von Ihnen angegebenen Rufnummer.