

## Wiedervorstellung

**Name, Vorname**

(Kind/Jugendlicher):

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Telefon / Handy:

Adresse:

Krankenkasse:

Termin bereits vereinbart für den

Kinderarzt/Hausarzt:

Besucht derzeit:

Kindergarten     Grundschule     Förderschule     Mittelschule

Realschule     Gymnasium    Klasse:

Ausbildung als

Aktueller Leistungsstand:

Deutsch     Mathematik     Englisch    Sonstige:

**Hauptversicherter:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

**Sorgeberechtigte:**

beide Eltern     nur Vater     nur Mutter     Vormund / Jugendamt

Lebt bei:

beiden Eltern     Vater     Mutter     Sonstige

**Mutter:**

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Handy:

**Vater:**

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Handy:

**Grund der Wiedervorstellung:**

.....  
.....  
.....

## Wiedervorstellung

### **Bereits laufende sozialpsychiatrische Behandlung**

Hiermit erkläre ich, dass bei meinem Kind / mir (Pat. ab 18 Jahren) , ..... geb. .... keine bereits laufende sozialpsychiatrische Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen besteht.

....., den .....  
(Unterschrift Erziehungsberechtigter / Patient ab 18 Jahren)

### **Ausfallhonorar:**

Hiermit verpflichte ich mich, Termine in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. Katja Wucherer, spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder schriftlich abzusagen. Für den Fall, nicht rechtzeitig abgesagt zu haben, verpflichte ich mich, für jeden nicht eingehaltenen Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von 70,00 Euro zu bezahlen. Dieses Ausfallhonorar fällt nicht an, wenn der Termin nachweislich unverschuldet nicht wahrgenommen werden konnte und rechtzeitig abgesagt wurde.

....., den .....  
(Unterschrift Erziehungsberechtigter / Patient ab 18 Jahren)

### **Einverständniserklärung:**

Hiermit erkläre(n) ich (wir) mich (uns) mit der Behandlung meines /unseres Kindes /Jugendlichen ..... geb.: ..... in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie von Frau Dr. med. Katja Wucherer einverstanden.

....., den .....  
(Unterschrift Mutter)

.....  
(Unterschrift Vater)