

Franziska Hollmann  
Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

## Anmeldung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

|                                                    |                       |                                       |               |
|----------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------|
| Vorname und Nachname des Kindes / des Jugendlichen | Geboren am            | Name der Schule (Kindergarten)        | Klassenstufe  |
|                                                    |                       |                                       |               |
| <b>Rechnungsadresse:</b> .....                     |                       |                                       |               |
| Vorname und Nachname (Hauptversicherter)           | Straße und Hausnummer | PLZ                                   | Wohnort       |
|                                                    |                       |                                       |               |
| Versicherung des Kindes / des Jugendlichen         |                       |                                       |               |
| Privatkasse .....                                  | Gesetzlich *          | Privatzahler .....                    |               |
|                                                    |                       |                                       |               |
| Vorname und Nachname der Mutter                    | Geboren am            | Beruf                                 | Telefonnummer |
|                                                    |                       |                                       |               |
| eMail der Mutter                                   |                       | eMail und Telefonnummer des Patienten |               |
|                                                    |                       |                                       |               |
| Vorname und Nachname des Vaters                    | Geboren am            | Beruf                                 | Telefonnummer |
|                                                    |                       |                                       |               |
| eMail des Vaters                                   |                       |                                       |               |
|                                                    |                       |                                       |               |



Ich möchte gerne am Kostenerstattungsverfahren nach SGB V §13 Abs 3 teilnehmen.

Mir ist bewusst, dass Frau Hollmann zum aktuellen Zeitpunkt keine Kassenzulassung besitzt

### Grund für die Anmeldung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte zur nächsten Seite umblättern »

St. Nr.: 125/230/60900  
Bank: ING-Diba AG  
IBAN DE36 5001 0517 5425 7564 33  
LANR 1398663

Franziska Hollmann So. Päd. M.A.  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Kemnaterstraße 1  
87600 Kaufbeuren

Franziska Hollmann  
Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

Kurze Angaben zu dem seelischen und körperlichen Befinden Ihres Kindes:

Körpergröße: .....cm      Gewicht: .....kg

**Hat Ihr Kind Schlafprobleme?** ☐ Nein      ☐ Ja. Wenn ja, welche .....

**Wie ist der Appetit?** (Normal, vermehrt, vermindert)

**Trinkt ihr Kind regelmäßig Alkohol?** ☐ Nein      ☐ Ja. Wenn ja, wann und wie viel durchschnittlich? .....

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Drogen?** ☐ Nein      ☐ Ja. Wenn ja, was und wie viel durchschnittlich? .....

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?** ☐ Nein      ☐ Ja. Wenn ja, welche und wie oft? .....

**Besteht eine Therapieauflage?** Werden Sie von einem Amt oder einer Behörde verpflichtet eine Therapie zu machen?

☐ Nein      ☐ Ja. Wenn ja, welche? .....

**Hat Ihr Kind Suizidgedanken?** ☐ Nein      ☐ Ja. Wenn ja, wann zuletzt (Monat/Jahr) .....

**Hat Ihr Kind einen Suizidversuch begangen?** ☐ Nein      ☐ Ja. Wenn ja, wann war der letzte Versuch (Monat/Jahr) .....

**Gibt oder gab es selbstverletzendes Verhalten?** ☐ Nein      ☐ Ja. Wenn ja, wann zuletzt (Monat/Jahr) .....  
wenn ja, wie oft und von welcher Art war die Verletzung? .....

**War Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen körperlicher Beschwerden krankgeschrieben?**

☐ Nein      ☐ Ja. Wenn ja, wie lange(Tage/Wochen)? ..... wegen welcher Beschwerden? .....

**Ist Ihr Kind derzeit in ambulanter Psychotherapie?** ☐ Nein      ☐ Ja. Wenn ja, welche Therapierichtung?

☐ Verhaltenstherapie      ☐ Psychoanalyse      ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Therapie

**War Ihr Kind in der Vergangenheit in ambulanter Psychotherapie?** ☐ Nein      ☐ Ja. Wenn ja, bitte um kurze Angaben

dazu: .....

Bitte zur nächsten Seite umblättern »

## Franziska Hollmann Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

### Kurze Angaben zu dem seelischen und körperlichen Befinden Ihres Kindes:

#### Ist Ihr Kind derzeit in stationärer oder teilstationärer Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja. Wenn ja, wann ist die Entlassung geplant? .....

#### War Ihr Kind in der Vergangenheit in stationärer psychosomatischer und/oder psychiatrischer Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja. Wenn ja, bitte um kurze Angaben dazu: .....

Therapierichtung: .....

Diagnose/Grund der Therapie: .....

Jahr/Zeitraum (von-bis): ..... Dauer (in Wochen): .....

Einrichtung: .....

#### Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Ich habe das alleinige Sorgerecht für das Kind.
- ☐ Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Kind von der Therapeutin Franziska Hollmann untersucht und behandelt wird. Mir ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung des Kindes von der Therapeutin Franziska Hollmann nicht möglich ist.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Sorgeberechtigten

- ☐ Ich bin außerdem damit einverstanden, dass der nicht sorgeberechtigte Elternteil unabhängig von mir Auskunft über die Untersuchungen bzw. Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie etc.) von der Therapeutin Franziska Hollmann erhalten darf. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der nicht sorgeberechtigte Elternteil erhält dann von der Therapeutin Franziska Hollmann keinerlei Auskunft mehr zu dem Kind.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Sorgeberechtigten

Bitte zur nächsten Seite umblättern »

## Franziska Hollmann Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

### ☐ Wir haben gemeinsames Sorgerecht für unser Kind.

- ☐ Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass unser Kind von der Therapeutin Franziska Hollmann untersucht und behandelt wird. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung unseres Kindes von der Therapeutin Franziska Hollmann nicht möglich ist.
- ☐ Wir sind damit einverstanden, dass rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind gegenüber der Therapeutin Franziska Hollmann von ☐ der Mutter ☐ dem Vater alleine abgegeben werden dürfen. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Für den Fall des Widerrufs können dann rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind nur von beiden Elternteilen abgegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Sorgeberechtigten

- ☐ Wir sind außerdem damit einverstanden, dass jeder Elternteil unabhängig von dem jeweils anderen Elternteil Auskunft über die Untersuchungen bzw. Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie etc.) von der Therapeutin Franziska Hollmann erhalten darf. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können, für den Fall des Widerrufs ist eine Weiterbehandlung unseres Kindes jedoch regelmäßig nicht mehr möglich, sofern keine dringenden medizinischen Gründe einem Therapieabbruch entgegenstehen.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Sorgeberechtigten

Ihr Widerruf ist schriftlich zu richten an: **Franziska Hollmann, Kemnaterstraße 1; 87600 Kaufbeuren**

### Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ

Zwischen \_\_\_\_\_ (Patient\*in) und Frau Franziska Hollmann (Psychotherapeutin) wird nach § 2 Abs. 1 der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) nach Erörterung der Steigerungssätze durch die Unterzeichnenden folgende Honorarvereinbarung getroffen: Die Leistung gemäß GOP-Nr. 870 (Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer 50 Minuten) wird mit dem 2,6-fachen Gebührensatz berechnet. Dies entspricht aktuell einem Satz von 113,67€. Im Laufe der Therapie wird einmalig die GOP-Nr. 860 (Erhebung einer biographischen Anamnese) mit dem 2,3-fachen Satz angerechnet (entspricht 123,33 €). Telefonate werden im 10-Minuten-Takt mit dem 2,3-fachen Satz berechnet („eingehende Beratung“ entspricht 20,11 €; „Beratung mittels Fernsprecher“ entspricht 10,73 €). Technische Leistungen (z.B. diagnostische Tests) werden mit dem 1,8-fachen Satz berechnet. Eine Erstattung der Kosten durch den Kostenträger ist möglicherweise nicht gewährleistet. Bitte informieren Sie sich vorab, welcher Gebührensatz durch Ihren Kostenträger übernommen wird. Eine genaue Aufstellung der GOÄ Leistungen kann auf Anfrage gerne bereit gestellt werden.

Bitte zur nächsten Seite umblättern »

## Franziska Hollmann Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

### Therapiebeginn

Sofern die Therapie nicht selbst bezahlt werden soll, erfolgt Therapiebeginn bzw. -fortsetzung grundsätzlich nach Antragsbewilligung durch Ihren Kostenträger. Sollte ein sofortiger Therapiebeginn notwendig sein bzw. gewünscht werden, tragen die / der Sorgenberechtigte das mögliche Kostenrisiko.

- ☐ Ich möchte, dass die Therapie sofort beginnt und bin bereit die Kosten bis zur Antragsgenehmigung als Selbstzahler zu zahlen
- ☐ Ich möchte auf die Warteliste gesetzt werden und erst nach Antragsgenehmigung die Therapie beginnen. Mir ist bewusst, dass ein Platz auf der Warteliste den Therapiestart verzögern wird. Ich informiere Frau Hollmann umgehend über die Genehmigung der Therapie

### Veränderungen

Wichtige Veränderungen, wie beispielsweise Adresse, Kostenträger, Kontaktdaten etc., sind umgehend mitzuteilen.

### Dokumentation

- ☐ Ich erkläre mich einverstanden, dass zur Planung, Beantragung, Dokumentation und zu therapeutischen und diagnostischen Zwecken Informationen über den/die Patient\*in und den Eltern erhoben, ausgewertet und dem gesetzlichen Vorgehen gemäß aufbewahrt werden. Mir ist bekannt, dass jegliche Personen, die beruflich mit Angaben meines Kindes befasst sind, der therapeutischen Schweigepflicht unterliegen.

### Ausfallhonorar (§615 BGB)

Eine Therapie erfolgt aus therapeutischen Gründen im regelmäßigen Abstand, in der Regel ein oder zwei Mal in der Woche. Termine in den bayerischen Schulferien finden in der Regel nicht (nur nach gesonderter Vereinbarung) statt. Vereinbarte Termine sind einzuhalten. Absagen innerhalb 48 Stunden vor der Terminvereinbarung werden in Höhe von 70% des 2,3 fachen Satzes der therapeutischen Behandlung in Rechnung gestellt.

Bitte zur nächsten Seite umblättern »

Kontaktmöglichkeiten (Wie kann ich Sie erreichen?)

Rechnungen werden aus umweltschonenden Gründen per eMail gesendet!

|                   |                                                                                                                                                             |                                                                      |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Mutter</b>     | <b>Kontaktaustausch</b>                                                                                                                                     | <b>Kontakt über folgende Messenger</b>                               |
|                   | <input type="checkbox"/> Nachricht auf AB erlaubt<br><input type="checkbox"/> Telefonischer Kontakt<br><input type="checkbox"/> Kontakt per eMail gewünscht | <input type="checkbox"/> Signal<br><input type="checkbox"/> WhatsApp |
| <b>Vater</b>      | <b>Kontaktaustausch</b>                                                                                                                                     | <b>Kontakt über folgende Messenger</b>                               |
|                   | <input type="checkbox"/> Nachricht auf AB erlaubt<br><input type="checkbox"/> Telefonischer Kontakt<br><input type="checkbox"/> Kontakt per eMail gewünscht | <input type="checkbox"/> Signal<br><input type="checkbox"/> WhatsApp |
| <b>Patient*in</b> | <b>Kontaktaustausch</b>                                                                                                                                     | <b>Kontakt über folgende Messenger</b>                               |
|                   | <input type="checkbox"/> Nachricht auf AB erlaubt<br><input type="checkbox"/> Telefonischer Kontakt<br><input type="checkbox"/> Kontakt per eMail gewünscht | <input type="checkbox"/> Signal<br><input type="checkbox"/> WhatsApp |

Ort, Datum

Bestätigung durch Unterschrift der / des Sorgeberechtigten für die allgemeine Therapievereinbarung