



Psychotherapie Bösch für Kinder & Jugendliche

Kölner Str. 66
60327 Frankfurt

Telefon: +49 (0) 69 9731 9100

Anmeldebogen zum Erstgespräch

Um Ihnen bestmöglich helfen zu können und unser Erstgespräch optimal vorzubereiten, bitten wir Sie, uns die folgenden Informationen in den dafür vorgesehenen Feldern bereitzustellen. Dies ermöglicht es uns, dass wir uns ein umfassendes Bild von Ihrem Anliegen zu machen.

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie den Anmeldebogen vollständig ausfüllen und uns diesen **spätestens 7 Tage** vor dem im Vorfeld vereinbarten Erstgespräch zukommen lassen. Sollten Sie Ihr Erstgespräch über unsere online Terminbuchungssystem gebucht haben, laden Sie bitte den Anmeldebogen und alle weiteren notwendigen Unterlagen beim Anmeldeprozess hoch. Eine Zusendung per E-Mail ist nicht möglich.

Beim Erstgespräch muss eine **Versichertenkarte** vorgelegt werden. Andernfalls werden die Kosten für das Erstgespräch privat in Rechnung gestellt.

Bei **Kindern unter 12 Jahren** bitten wir Sie, zunächst allein ohne Ihr Kind zum Erstgespräch zu erscheinen.

Bei Fragen rufen Sie uns sehr gerne während unseren telefonischen Sprechzeiten an: Montag 09:00-11:00 Uhr und Donnerstag 16:00-18:00 Uhr.

Wann und um welche Uhrzeit findet Ihr Termin bei uns statt?

Persönliche Daten des Kindes, Jugendlichen, jungen Erwachsenen

Anrede	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Divers <input type="radio"/> Keine Angabe
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Erziehungsberechtigte Person 1

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Erziehungsberechtigte Person 2

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Sorgerecht	<input type="radio"/> Beide	<input type="radio"/> Person 1*	<input type="radio"/> Person 2
	<input type="radio"/> Andere <i>bitte Details angeben:</i>		

*Bitte fügen Sie bei alleinigem Sorgerecht immer eine **Bestätigung des alleinigen Sorgerechts** bei und beachten Sie, dass bei gemeinsam sorgeberechtigten Elternteilen zwingend beide Elternteile den Anmeldebogen unterschreiben müssen.

Krankenversicherung

<input type="radio"/> Gesetzlich	<input type="radio"/> Privat	<input type="radio"/> Selbstzahler
Versicherung		
Versichertennummer		

Behandlungsrelevante Informationen

Grund der Anmeldung/ Beschwerden	
-------------------------------------	--

Vorbehandlungen

Fanden im Vorfeld bereits Therapien statt? (Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie, SPZ etc.)		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Behandlungszeitraum		Diagnose	Therapeut/in	Anschrift Therapeut/in
Von	bis			

→ Bitte bringen Sie alle Vorbefunde als Kopie zum Erstgespräch mit oder senden Sie uns diese bereits mit der Anmeldung zu.

Medikamente

Werden aktuell Medikamente eingenommen?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Seit wann wird das Medikament eingenommen?	Name des Medikaments	Dosierung des Medikaments	
Gibt es besondere Bedürfnisse oder Einschränkungen?			

Weitere wichtige Informationen (z.B. familiäre Situation, schulische Probleme, etc.)	
---	--

Einverständniserklärungen

Mit Deiner / Ihrer Unterschrift zeigst Du dich / zeigen Sie sich einverstanden, dass die oben angegebenen Daten zum Zweck der Therapie und Behandlung gespeichert und verarbeitet werden.

Mit Deiner / Ihrer Unterschrift zeigst Du dich / zeigen Sie sich einverstanden, dass wir Dir / Ihnen bei dringenden terminlichen Angelegenheiten und für Terminerinnerungen eine SMS senden dürfen.

Mit Deiner / Ihrer Unterschrift zeigst Du dich / zeigen Sie sich einverstanden, dass wir Dir / Ihnen ein Link per SMS zur Durchführung von Fragebögen übersenden dürfen.

Mit Deiner bestätigst du / Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Du / Sie das Abschnitt „Informationen zum Ausfallhonorar“ (Seite 5) gelesen zu haben und mit einem Ausfallhonorar in Höhe von 115,00 Euro (Stand 2025) bei nicht Erscheinen oder einer verspäteten Absage (weniger als 24h vor dem Termin) einverstanden bist / sind.

Mit Deiner bestätigst du / Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Du / Sie den Abschnitt „Informationen zu Videositzungen“ (Seite 5) gelesen zu haben und in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen und der damit verbundenen notwendigen Datenverarbeitung unter den genannten Voraussetzungen eingewilligt wird.

Unterschriften

Bei gesetzlichen versicherten Jugendlichen unter 15 Jahren und privat versicherten Jugendlichen unter 18 Jahren müssen zwingend alle Sorgeberechtigten Personen unterschreiben.

Patientin/Patient

Sorgeberechtigte Person 1

Sorgeberechtigte Person 2

Informationen zu Videositzungen

Psychotherapeutische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Diese Entscheidung erfolgt gemeinsam unter Berücksichtigung Ihres individuellen Krankheitsgeschehens und Ihrer Lebensumstände.

Erstgespräche sind nicht per Videositzung möglich.

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

1. Die Videositzung wird nur durch den bzw. die Psychotherapeut/in durchgeführt.
2. Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Psychotherapeutische Videositzungen findet in ruhigen, geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen.
4. Zu Beginn der Videositzungen müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen. Die Videositzung darf von keiner/m Teilnehmer*in mitgeschnitten oder gespeichert werden.

Wichtiger Hinweis für Sie:

Der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung hängt auch davon ab, wie gut Ihr Rechner (bzw. Tablet, PC, Smartphone, ...) abgesichert ist. Schadprogramme können nämlich Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören u. a. ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Informationen zum Ausfallhonorar

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass unsere Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Belegpraxis arbeitet. Das bedeutet, dass wir bei Absagen oder Nichterscheinen Ihrerseits, während der für Sie reservierten Zeit keine anderen Personen behandeln können. Daher bitten wir Sie, vereinbarte Termine unbedingt einzuhalten oder uns rechtzeitig zu informieren, falls Sie den Termin absagen müssen.

Für den Fall, dass ein Termin nicht wahrgenommen wird, oder nicht fristgerecht (mind. 24h vor dem Termin) abgesagt wird, erheben wir ein **Ausfallhonorar in Höhe von 115,00 Euro** (Stand 2025). Diese Regelung ermöglicht es uns, die Praxisabläufe effizient zu gestalten und anderen Patienten die Möglichkeit zu geben, rechtzeitig einen Termin zu erhalten. Diese Regelung gilt auch für ein Erstgespräch.

Fristgerechte Absage: Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, **mindestens 24 Stunden im Voraus** ab. Nur so können wir sicherstellen, dass andere Patienten von freierwerdenden Terminen profitieren können. Termine können Sie telefonisch absagen. Bitte sprechen Sie hierfür jederzeit auf unseren Anrufbeantworter.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Kooperation. Bei Fragen zu dieser Regelung oder zur Terminabsage stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.