



Psychotherapie Bösch für Kinder & Jugendliche

Kölner Str. 66
60327 Frankfurt

Telefon: +49 (0) 69 9731 9100

Anmeldebogen zum Erstgespräch

Um Sie bestmöglich unterstützen zu können und unser Erstgespräch optimal vorzubereiten, bitten wir Sie, uns den Anmeldebogen vollständig ausgefüllt in den dafür vorgesehenen Feldern bereitzustellen. So können wir uns ein umfassendes Bild von Ihrem Anliegen machen.

Bitte senden Sie uns den Anmeldebogen spätestens **7 Tage vor dem vereinbarten Erstgespräch** zu.

- Falls Sie Ihren Termin über unser **Online-Terminbuchungssystem** vereinbart haben, laden Sie den Anmeldebogen sowie alle erforderlichen Unterlagen direkt im Buchungsprozess hoch.
- Eine Zusendung per E-Mail ist **nicht möglich**.

Zum Erstgespräch bringen Sie bitte unbedingt Ihre **Versichertenkarte** mit. Liegt diese nicht vor, müssen die Kosten für das Erstgespräch privat in Rechnung gestellt werden.

Bringen Sie bitte auch **Vorbefunde, Zeugnisse und das U-Heft jeweils in Kopie** mit.

Bei Kindern unter **12 Jahren** bitten wir darum, dass die Eltern bzw. Sorgeberechtigten zunächst **allein, ohne das Kind**, zum Erstgespräch erscheinen.

Für Rückfragen erreichen Sie uns während unserer telefonischen Sprechzeiten:

- Montag: 09:00–11:00 Uhr
- 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="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Keine Angabe |
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |

Erziehungsberechtigte Person 1

| | |
|---------------|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |

Erziehungsberechtigte Person 2

| | |
|---------------|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Anschrift | |
| Telefonnummer | |

| | | | |
|-------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| Sorgerecht | <input type="checkbox"/> Beide | <input type="checkbox"/> Person 1* | <input type="checkbox"/> Person 2 |
| | <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> GKV | <input type="checkbox"/> Privat | <input type="checkbox"/> Selbstzahler |
| Versicherung | | |
| Versichertennummer | | |

Behandlungsrelevante Informationen

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

Vorbehandlungen

| Fanden im Vorfeld bereits Therapien statt? (Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie, SPZ etc.) | | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Von wann bis wann wurde das Medikament eingenommen? | Name des Medikaments | Dosierung | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 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 2026) 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.

Dokumentation über die Nutzung der ePA:

- Patient*in hat keine ePA.
- Patient*in hat eine ePA, widerspricht aber d. Eintrag v. Daten aus d. psychotherapeutischen Behandlung.
- Patient*in hat eine ePA und möchte, dass folgende Daten aus d. psychotherapeutischen Behandlung in die ePA eingetragen werden:
 - Ind. Patienteninformation d. psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV11)
 - Arztbriefe
 - Sonstiges

Unterschriften

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

Name und Unterschrift Patientin/Patient

Name und Unterschrift Sorgeberechtigte Person 1

Name und Unterschrift 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 nur in Ausnahmefällen 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.

Information zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Alle gesetzlich Krankenversicherten erhalten 2025 eine ePA, es sei denn sie widersprechen. Ärzte und Psychotherapeuten sind gesetzlich verpflichtet, künftig bestimmte Daten in die ePA einzustellen. Wenn du 15 Jahre oder älter bist, kannst du selbst entscheiden, ob du eine ePA haben möchtest und was diese enthalten soll – ohne die Zustimmung deiner Eltern/Sorgeberechtigten.

Bei Daten zu psychischen Erkrankungen gilt besondere Vorsicht: Da es hier oft um sehr intime Themen geht, wird dein*e Psychotherapeut*in dich über dein Widerspruchsrecht aufklären. Du kannst jederzeit widersprechen, dass dein*e Psychotherapeut*in Daten aus deiner Therapie in die ePA einstellt.