

# Anmeldebogen Privatambulanz

Gültigkeitsbereich: Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Seite 1 / 1

Direktorin: Prof. Dr. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Anrufer:** \_\_\_\_\_

**Überwiesen von:** \_\_\_\_\_

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Eltern:**

**Sorgeberechtigte:** beide Eltern  Mutter  Vater

**Mutter**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Vater**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_

dienstl. Mutter: \_\_\_\_\_

Handy: Mutter: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

dienstl. Vater: \_\_\_\_\_

Handy Vater: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**

**Hausarzt/Kinderarzt:**

**Hauptversicherter:**

**Grund der Vorstellung:**

Ist oder war Ihr Kind in psychiatrischer/psychologischer Behandlung:

Bekommt Ihr Kind Medikamente:

**Termin:**

**Uhrzeit:**

**Arzt/Psychologe:**

**Datenschutzhinweis:**

Personenbezogenen Daten des Patienten werden im Krankenhaus gem. § 12 Hessisches Krankenhausgesetz in Verbindung mit den Vorschriften des Hessischen Datenschutzgesetzes (ab Mai 2018 der Verordnung (EU) 2016/679, EU-Datenschutz-Grundverordnung) verarbeitet. Die Hinweise auf die Datenverarbeitung im Krankenhaus werden auf Verlangen ausgehändigt

CE • \* ^ â ! ~ & ! c / Ö [ \ ~ { ^ } c ^ A q á Á [ ! Á ^ \ , ^ } á ~ } \* ä e - Ö c ä ä ä c á ~ Á ! > - ^ } Á