



Leitung:
Dr. med. J. Rosero-Maquilón
Schillerstr. 14
12207 Berlin
Tel.: 030-80 40 94 93
Fax: 030-84 31 33 23
E-Mail: praxis@rosoero.de

**Liebe Patienten,
bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus.**

Sie erleichtern uns damit die Arbeit.

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| Name: | | |
| Vorname | Geburtsdatum | |
| Straße: | | |
| PLZ | Wohnort | |
| Schule/Kita od. ä. | Klasse | Name: Lehrer/Erzieher |
| Telefon privat | Telefon mobil | |
| E-Mail: | Telefon dienstlich | |
| Krankenkasse | Waren Sie in diesem Quartal schon bei einem anderen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie? Wann: _____ Wer: _____ | |
| Vor- und Zuname des Hauptversicherten | Geburtsdatum | Überweisender Arzt/Hausarzt – Empfehlung von: |

**A
N
M
E
L
D
U
N
G**

**NUR VON GETRENNT
LEBENDEN ELTERN
AUSZUFÜLLEN!**

*Bei geteiltem Sorgerecht ist die
Einverständniserklärung zur Behandlung
des 2. Elternteils einzuholen.*

- Ich bin **nicht** alleine
sorgeberechtigt
- Ich bin alleine
sorgeberechtigt



| | |
|-------|---|
| Datum | Unterschrift des Patienten/Versicherten |
|-------|---|

Ich versichere, dass alle Angaben korrekt sind.
Ich bin damit einverstanden, dass die Daten und ein Portrait vom Patienten
für Praxiszwecke gespeichert bzw. zu Zahlungszwecken an ein Inkassobüro
weitergegeben werden dürfen.



Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 48 Std. vorher absagen muss. Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat mit 30,- € in Rechnung gestellt werden.