

Anmeldefragebogen für die Vorstellung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde

Ausgefüllt am (Datum): _____

Nachname des Kindes _____

Vorname des Kindes _____

geb. am _____ Geschlecht weibl. männl.

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon privat _____ Handy _____

Telefon dienstlich _____ E-Mail: _____

Krankenkasse _____ Vers.-Nr. _____

versichert durch _____ geb.: _____

Liebe Eltern und Angehörige,
für die Planung des Erstgesprächs bitten wir Sie, uns diesen Fragebogen ausgefüllt zurück zu senden. Wir behandeln alle Informationen streng vertraulich im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht und geben Sie nur mit Ihrem Einverständnis weiter. Termine werden Ihnen entsprechend der aktuellen Warteliste gesondert mitgeteilt bzw. mit Ihnen vereinbart.

Leider können wir Wartezeiten bis zu den Terminen meist nicht vermeiden. Falls Sie verhindert sind, bitten wir auch für die anderen wartenden Patienten um Absage so früh wie möglich, spätestens aber zwei Werktage vor dem Termin. Bei akuter Gefahr, z. B. durch Suizidalität, wenden Sie sich bitte an die lokal zuständige kinderpsychiatrische Klinik oder Abteilung.

Unsere Diagnostik und Behandlung dürfen wir nur mit dem Einverständnis aller Sorgeberechtigten durchführen. Wenn Sie es einrichten können, sollten beide Eltern das Kind zur Erstuntersuchung begleiten; bitte richten Sie sich auf eine Termindauer von ca. 30-60 Minuten ein.

Sehr hilfreich ist i. d. R., wenn Sie das gelbe Untersuchungsheft des Kindes und vorhandene Berichte anderer Institutionen, Schulzeugnisse etc. (gern in Kopie) mitbringen oder uns bereits mit dem Anmeldefragebogen zukommen lassen. Für weitere Fragen und Einzelheiten stehen wir Ihnen im Gespräch zur Verfügung.

Bitte bringen Sie zum ersten Termin und in jedem Quartal die GKV Ihres Kindes mit, ansonsten sind wir mit Ihrer Unterschrift auf Seite 3 berechtigt, für unsere erfolgten Leistungen eine Rechnung nach GOÄ auszustellen.

Beachten sie, dass in unserer sozialpsychiatrischen Praxis **keine Einzelpsychotherapie** angeboten wird. Wenn sich in der Diagnostik oder im Behandlungsprozess die Notwendigkeit dafür ergibt, weisen wir dann an psychotherapeutische Praxen weiter. Eine sozialpsychiatrische Behandlung kann bei Bedarf dann trotzdem parallel bei uns fortgesetzt werden.

Bitte kreuzen Sie das jeweilig Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an.
Sollte der Platz für ihre Angaben nicht ausreichen, nutzen sie bitte die Leerzeilen auf Seite 3 unten oder fügen dafür formlos Extrablätter hinzu. Vielen Dank!
Bitte senden Sie uns den Bogen nach dem Ausfüllen per Post, Fax oder EMail zu!

1. Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

2. Ist oder war Ihr Kind bereits in Behandlung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater, -psychotherapeuten, einer Klinik, einem sozialpädiatrischem Zentrum oder in einer Institutsambulanz? nein, wenn ja: ambulant oder stationär
(Wann, welche Praxis/Klinik/Sozialpädiatrisches Zentrum?)

(1) _____

Behandlung abgeschlossen seit: _____ / Behandlung läuft noch

(2) _____

Behandlung abgeschlossen seit: _____ / Behandlung läuft noch

3. Gab es Probleme in Schwangerschaft, Geburt, der Säuglings- und Kleinkindentwicklung?

4. Gab es wichtige Vorerkrankungen/aktuelle körperliche Erkrankungen?

5. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

6. War oder ist Ihr Kind in ergotherapeutischer, logopädischer, krankengymnastischer oder anderer therapeutischer Behandlung, und weswegen?

7. Leidet ein Familienmitglied an einer schweren, chronischen oder an einer psychischen Erkrankung?

8. Eltern sind: verheiratet leben zusammen getrennt seit: _____

geschieden seit: _____ Elternteil ist verstorben seit: _____

Bei wem lebt das Kind? _____

Wer hat das Sorgerecht? Bitte ggf. Name, Anschrift und Telefon angeben:

Kind ist ein Pflege- oder Adoptivkind

Name, Vorname des Kindes: _____ geb. _____

Einverständnis zur Behandlung: Mir/Uns ist bekannt, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis **aller** Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der/Die Unterzeichnende/n versichern hiermit, dass alle Sorgeberechtigten informiert wurden und mit der hier geplanten Diagnostik und Therapie einverstanden sind.

Die Bedingungen zur Abrechnung der Leistungen auf Seite 1. habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen und bin/sind damit einverstanden.

Ort, Datum

1. _____
Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten

Ort, Datum

2. _____
Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten

Schweigepflichtentbindung: Hiermit entbinde/-n ich/wir die Mitarbeiter der Praxis Christoph Johannsen nach der Untersuchung unseres oben auf dieser Seite benannten Kindes von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Hausarzt/der Hausärztin (bitte Namen, Ort ggf. Tel.- und Fax-Nr. eintragen oder ggf. streichen):

Tel./Fax: _____

Tel./Fax: _____

Tel./Fax: _____

bzw. bei Bedarf anderen Stellen, z. B. Schule, Ergotherapie, Krankenhaus u. a. zum gegenseitigen Informationsaustausch (bitte ggf. streichen):

Tel./Fax: _____

Tel./Fax: _____

Tel./Fax: _____

Tel./Fax: _____

Tel./Fax: _____

Tel./Fax: _____

Ort, Datum

1. _____
Name des gesetzl. Vertreters

Unterschrift

Ort, Datum

2. _____
Name des gesetzl. Vertreters

Unterschrift