

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 privat _____

Handy _____

E-Mail _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

Vers.-Nr. _____

versichert durch _____

geb.: _____

Liebe Eltern und Angehörige,

bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen aus. Ergänzen Sie die Lücken oder 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 oder fügen dafür formlos Extrablätter hinzu. Bitte bringen Sie den Bogen ausgefüllt und von allen Sorgeberechtigten unterschrieben zu Ihrem ersten Termin bei uns in der Praxis mit.

Sehr hilfreich ist i. d. R., wenn Sie das gelbe Untersuchungsheft des Kindes und vorhandene Berichte anderer Institutionen, Schulzeugnisse, etc. (gern in Kopie) mitbringen.

Bitte bringen Sie zum ersten Termin und in jedem Quartal die GKV Ihres Kindes mit, ansonsten sind wir mit Ihrer Unterschrift auf Seite 4 berechtigt, für unsere erfolgten Leistungen eine Rechnung nach GOÄ auszustellen. Entsprechend bestätigen Sie als Privatpatient*innen, dass wir berechtigt sind, Ihnen für unsere erfolgten Leistungen eine Rechnung nach GOÄ auszustellen.

Wir behandeln alle Informationen streng vertraulich im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht und geben Sie nur mit Ihrem Einverständnis weiter. 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. 20 Minuten für Erstkontakte und 30-60 Minuten für Folgetermine ein.

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

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 an psychotherapeutische Praxen weiter. Eine sozialpsychiatrische Behandlung kann bei Bedarf trotzdem parallel bei uns fortgesetzt werden.

Für weitere Fragen und Einzelheiten stehen wir Ihnen im Gespräch zur Verfügung.

Vielen Dank!

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:

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: _____

Ort, Datum

1. _____
Name des gesetzl. Vertreters

Unterschrift

Ort, Datum

2. _____
Name des gesetzl. Vertreters

Unterschrift