



Anmeldebogen für den Termin am um Uhr.

Bitte vor dem Termin ELEKTRONISCH ausfüllen und an die Praxis senden

Kind / Jugendlicher

Name/Vorname	<input type="text"/>	geboren am	<input type="text"/>
Konfession	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>		

Eltern / Sorgeberechtigte

Mutter		Vater	
Name/Vorname	<input type="text"/>	Name/Vorname	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/>	geboren am	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Konfession	<input type="text"/>	Konfession	<input type="text"/>
Beruf/Schulabschluss	<input type="text"/>	Beruf/Schulabschluss	<input type="text"/>
Festnetznummer	<input type="text"/>	Festnetznummer	<input type="text"/>
Mobil-Telefon	<input type="text"/>	Mobil-Telefon	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Straße,	<input type="text"/>
Hausnummer	<input type="text"/>	Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>	PLZ, Wohnort	<input type="text"/>

Sorgerecht	<input type="text"/>	Familiensituation	<input type="text"/>
Bei wem lebt Ihr Kind?	<input type="text"/>		
Telefonnummer für Terminvereinbarungen	<input type="text"/>		

Stief- / Pflegeeltern / Sonstige Betreuungspersonen

Name/Vorname	<input type="text"/>	geboren am	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	Konfession	<input type="text"/>
Beruf/Schulabschluss	<input type="text"/>		
Festnetznummer	<input type="text"/>	Mobil-Telefon	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	PLZ, Wohnort	<input type="text"/>

Geschwister

1. Kind Geburtsjahr	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>	Verwandtschaftsverhältnis	<input type="text"/>
2. Kind Geburtsjahr	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>	Verwandtschaftsverhältnis	<input type="text"/>
3. Kind Geburtsjahr	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>	Verwandtschaftsverhältnis	<input type="text"/>
4. Kind Geburtsjahr	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>	Verwandtschaftsverhältnis	<input type="text"/>
5. Kind Geburtsjahr	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>	Verwandtschaftsverhältnis	<input type="text"/>

Kinderarzt

Name des Haus- / Kinderarztes	<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer des Haus-/Kinderarztes	<input type="text"/>		
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>



Die Vorstellung erfolgt auf Empfehlung von

Name / Vorname / ggfs. Einrichtung

Probleme / Vorstellungsgrund

Schildern Sie bitte kurz die aktuellen Probleme, seit wann bestehen diese?

Bisherige Untersuchungen / Beratungen

Gab es in der Vorgeschichte bereits andere Untersuchungen / Beratungen (z. B. Klinikambulanzen, niedergelassene Ärzte, Erziehungsberatung, Jugendamt, Gesundheitsamt, schulpsychologischer Dienst)? Wenn ja: wann, wo und warum, Gründe für frühere Untersuchungen/Beratungen?

Befand sich Ihr Kind bereits früher wegen ähnlicher Probleme oder Erkrankungen in ambulanter oder stationärer Behandlung?

Wenn ja: Name der Praxis / Klinik?

Bestehen körperliche Erkrankungen / Allergien bei Ihrem Kind? Wenn ja: welche und seit wann?

Erhält Ihr Kind Medikamente? Wenn ja: welche und seit wann?

Besucht Ihr Kind zurzeit eine Therapie? Wenn ja: welche und seit wann?

Besuchte Ihr Kind früher eine Therapie? Wenn ja: welche und seit wann?

Schwangerschaft / Geburt

Gab es während der Schwangerschaft Probleme? Wenn ja: welche?

Gab es während der Geburt Probleme? Wenn ja: welche?



Entbindung in der SSW Geburtsgewicht Größe APGAR

Gab es nach der Geburt Probleme, wenn ja: welche?

Angaben zur frühkindlichen und kindlichen Entwicklung (Geburt bis 6. Lebensjahr)

Gab es Auffälligkeiten bei der motorische Entwicklung (Krabbeln, Stehen, Laufen)?

Gab es Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung?

Gab es Auffälligkeiten bei der Sauberkeitsentwicklung?

Gab es Auffälligkeiten bei der emotionalen und sozialen Entwicklung?

Sonstige Auffälligkeiten?

Besucht/e Ihr Kind eine Kinderkrippe bzw. einen Kindergarten? Von wann bis wann? Gab/gibt es dort Probleme ? Wie ist / war das Verhältnis zur Erzieherin / zum Erzieher?

Schule / Ausbildung

Welche Schule / Klasse bzw. Ausbildung besucht Ihr Kind aktuell?

Wie ist das Verhältnis zur Hauptlehrkraft? Bestehen Lern- oder Verhaltensprobleme?

Wie ist Ihr Kind integriert in der Klasse?

Hat Ihr Kind Freunde?

Was mach Ihr Kind gerne in der Freizeit?

Wie schätzen Sie den Medienkonsum Ihres Kindes ein?

Besucht/e Ihr Kind eine Nachmittagsbetreuung? (Name? Von wann bis wann?):

Lebte Ihr Kind schon einmal für einen längeren Zeitraum außerhalb der Familie?

Was möchten Sie uns noch mitteilen?



Wichtige Informationen und Einverständniserklärung

Lieber Patient, liebe Eltern,

um einen möglichst geregelten Praxisablauf zu gewährleisten, bitte ich Sie abschließend, folgende Punkte zu beachten:

1. Die Praxis wird als Bestellpraxis geführt, dadurch entfallen für Sie die üblichen Wartezeiten. Diese Termine werden **ausdrücklich für Sie oder Ihr Kind freigehalten**. Sie werden daher gebeten, die Termine einzuhalten oder rechtzeitig, d.h. mindestens 24 Std. (Mo-Fr) vorher, abzusagen. Bei Erkrankung bitten wir um unverzügliche Benachrichtigung oder Rückfrage. Bei Nichterscheinen zum Termin ohne rechtzeitige Absage muss Ihnen ein **Stundenausfallhonorar von 61,20 €** in Rechnung gestellt werden.
2. **Stellungnahmen** oder Gutachten (z.B. an das Jugendamt) sind **nicht im Leistungskatalog** der Krankenkassen enthalten und müssen daher leider privat in Rechnung gestellt und vor Erstellung per Überweisung, EC oder Bar gezahlt werden.
3. Die Honorarabrechnung für privatärztliche Leistungen erfolgt per **Privatliquidationen** auf der Basis der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Die Rechnung nach § 12 GOÄ ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung/Beihilfestelle mit der Rechnungsstellung zur Zahlung fällig. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann.
4. Ich erkläre mich einverstanden bei Bedarf eine **Terminerinnerung** per E-Mail oder SMS o.ä. zu erhalten.
5. Für den Fall, dass zur **Befunddokumentation** oder internen Qualitätssicherung **Fotos** oder **Videoaufzeichnungen** von meinem Kind/Jugendlichen gemacht werden, bin ich einverstanden.
6. Für eine Terminvergabe muss ein **komplett ausgefüllter Anamnesebogen** per E-Mail, per Fax oder per Post in meiner Praxis vorliegen.

Bitte bringen Sie zum Termin unbedingt folgende Unterlagen mit:

- a. Sämtliche Schulzeugnisse in **Kopie**
- b. (falls vorhanden) Testunterlagen / Arztbriefe in **Kopie**
- c. Gelbes **Untersuchungsheft**
- d. **Krankenkassenkarte des Kindes**
- e. Überweisungsschein des Kinderarztes

Einwilligung zum Datenschutz

✓ Ich stimme der Datenschutzerklärung zu.

Mir / uns ist bekannt, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann.

--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten

Unterschrift des Sorgeberechtigten