

Anmeldung zur fachärztlichen Untersuchung

Sehr geehrte Eltern,

anbei finden Sie den Anmeldebogen zur Vorbereitung auf das erste Gespräch in unserer Praxis. Unser Fragebogen ist sicherlich sehr umfangreich und beinhaltet eine Vielzahl von wichtigen Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes. Bitte füllen Sie den Bogen so gut und ausführlich wie möglich aus, Unklarheiten können wir gemeinsam während der Erstvorstellung in der Praxis besprechen. Die Erstvorstellung erfordert einige Zeit, die wir uns natürlich gerne nehmen. Wir bitten deshalb um Verständnis, dass wir auch unsere Honorarausfallvereinbarung beilegen, die Sie bitte ebenfalls unterzeichnet mit dem Fragebogen möglichst bald an uns zurücksenden. Erst dann können wir eine Terminplanung vornehmen und uns so schnell als möglich bei Ihnen melden.

Wenn beide Eltern das Sorgerecht haben, ist es wichtig, dass auch beide Eltern unterschreiben!

Bitte senden Sie uns den Bogen rasch ausgefüllt zurück. Die Terminvergabe richtet sich nach Eingang des Anmeldebogens und der Dringlichkeit des Falles. Zum Erstvorstellungstermin mitzubringen oder der Anmeldung in Kopie bereits beizufügen sind Mutterpass, Vorsorgeuntersuchungsheft, alle Schulzeugnisse sowie medizinische und psychologische Vorbefunde.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Praxisteam

Schweigepflichtsentbindung

Der /die Unterzeichnende erklärt sich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Grünwald für Kinder und Jugendliche, Südliche Münchner Str. 2a, 82031 Grünwald, Informationen über

Name, Vorname des /der Patienten Geb. Datum

Adresse

von folgenden Stellen anfordert bzw. Kontakt aufnimmt zu

Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	Kindergarten	<input type="checkbox"/>
Schule	<input type="checkbox"/>	ASD	<input type="checkbox"/>
Jugendamt	<input type="checkbox"/>	Therapeuten	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Der / die Unterzeichnende entbindet die Mitarbeiter der genannten Stellen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Grünwald für Kinder und Jugendliche. Genauso werden die Mitarbeiter der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Grünwald für Kinder und Jugendliche von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber den Mitgliedern in der Praxis sowie den angegebenen Stellen entbunden.

Name / Vorname der / des Unterzeichnenden

Anschrift

Rechtliche Beziehung zum Patienten _____

Datum / Unterschrift

Der /die Unterzeichnenden

Datum /Unterschrift

Einverständniserklärung

Wer hat das Sorgerecht:

Beide Eltern Mutter Vater Andere

Bei wem lebt das Kind:

Beide Eltern Mutter Vater Andere

Als Inhaber der elterlichen Sorge für

Name des Kindes: _____

bin ich damit einverstanden, dass Unterlagen (Akte, Berichte, Untersuchungsergebnisse) von

- Kinderarzt/ Hausarzt
- andere:

von der Praxis Psychiatrie und Psychotherapie Grünwald für Kinder und Jugendliche angefordert werden können. Mit ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden. Mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung und Behandlung bin ich einverstanden.

Im Rahmen der Behandlung / Diagnostizierung können auch Fotos oder Videoaufnahmen vom o. g. Kind in der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Grünwald für Kinder und Jugendliche zur alleinigen Verwendung in der Praxis erstellt werden.

Damit bin ich ausdrücklich einverstanden. **JA**

Datum Unterschrift der Sorgeberechtigten

(Sollten beide Eltern das Sorgerecht haben, müssen auch beide Eltern unterschreiben!)

Anamnesefragebogen

Name des Kindes: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mobil-Vater: _____ Mobil-Mutter: _____

Krankenkasse des Kindes: _____

Bei wem ist das Kind mitversichert?

Mutter Vater selbst

Name des Mitversicherten: _____

Geboren am: _____

Name, Adresse vom Kinderarzt: _____

Name, Adresse vom Hausarzt: _____

1. Vorstellungsanlass

Vorstellungsanlass und aktuelle Symptomatik, Grund der aktuellen fachärztlichen Untersuchung:

Welche Sorgen und Probleme Ihres Kindes möchten Sie geklärt haben?

Seit wann bestehen diese Störungen? _____

Welche Hilfen erwarten Sie? Auf wessen Empfehlung hin haben Sie sich bei uns angemeldet?

Bestehen Kontakte zum Jugendamt oder ASD (Allg. Sozialdienst)? Ja nein

Welche? _____

2. Eigenanamnese

2.1 Schwangerschaft

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft mit dem Kind?

Blutungen _____ nein ja

Infektionen _____ nein ja

Schweres Erbrechen _____ nein ja

Unfälle, Operationen _____ nein ja

Bluthochdruck _____ nein ja

Seelische Belastungen _____ nein ja

Vorzeitige Wehen _____ nein ja

Medikamente _____ nein ja

Welche Medikamente, welche Dosis?

Regelmäßige Einnahme der Medikamente? nein ja

Alkoholkonsum nein ja

Zigarettenkonsum nein ja

Andere Drogen nein ja

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin? ja nein
 Wochen/Tage früher Wochen/Tage später

2.2 Geburt

Wo erfolgte die Geburt? _____

Gab es bei der Geburt Komplikationen? nein ja

Störungen der kindlichen Herztöne? nein ja

Kaiserschnitt nein ja

Beckenendlage nein ja

Saugglocke nein ja

Mehrlingsgeburt nein ja

Zange nein ja

Grünes Fruchtwasser nein ja

Besonders lange Geburt? _____

Sonstige Komplikationen? _____

Geburtsgewicht: g

Geburtsgröße: cm

Kopfumfang: cm

Apgarwerte im gelben U-Heft? (Von der Ärztin einzufügen) _____

2.3 Zur Neugeborenenzeit

Auffällig blasse/blau Farbe nein ja

Gelbe Farbe nein ja

Beatmung notwendig nein ja

Phototherapie im Krankenhaus notwendig nein ja

Klinikaufenthalt notwendig nein ja

Wo? _____

Wie lange? _____

Sonstige Erkrankungen? nein ja

Welche? _____

Wie lange wurde das Kind gestillt? _____

Trinkschwierigkeiten nein ja

Anfälle nein ja

Häufiges Spucken nein ja

Auffallende Unruhe nein ja

Auffallende Bewegungsarmut nein ja

Schreckhaftigkeit nein ja

2.4 Entwicklung des Kindes

Motorisch: Selbstständiges Sitzen mit: Monaten

_____ Krabbeln mit: Monaten

_____ Selbstständiges Gehen mit: Monaten

Sprache: Erstes Wort mit: Monaten

_____ Zwei-Wort-Sätze mit: Monaten

_____ Drei-Wort-Sätze mit: Monaten

_____ Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen?

_____ Muttersprache?

Tagsüber trocken mit: Jahren

Nachts trocken mit: Jahren

Tagsüber sauber mit: Jahren

Nachts sauber mit : Jahren

Besonderheiten und auffälliges Verhalten in der Entwicklung,

z. B. Daumenlutschen, Nägelkauen, Einnässen:

2.5 Krippenbesuch

Krippenbesuch nein ja

Fremdbetreuung in den ersten drei Lebensjahren nein ja

Durch wen wurde das Kind in den ersten drei Lebensjahren außer den Eltern noch betreut?

2.6 Kindergarten:

Das Kind besuchte den Kindergarten vom: _____ bis zum _____ Lebensjahr.

War dies ein Regelkindergarten? nein ja

Welcher?

Probleme im Kindergarten nein ja

Welche?

Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten? nein ja

Welche?

Wenn das Kind aktuell noch in den Kindergarten geht, in welchen Kindergarten geht es?

Wer ist hier Ansprechpartner?

2.7 Schulzeit

Das Kind wurde im Jahre _____ mit _____ Jahren eingeschult.

Schule:

Wurde das Kind von der Einschulung zurückgestellt? nein ja

Grund:

Hat das Kind eine schulvorbereitende Einrichtung besucht? nein ja

Welche?

Welche Schulwechsel hat das Kind bereits mitgemacht?

Wurden Schulklassen wiederholt? nein ja Welche:

Bitte aktuellen Ansprechpartner in der Schule sowie aktuelle Schule angeben.

2.8 Somatische Anamnese

Gab es in der Vorgeschichte bei dem Kind besondere Erkrankungen, Unfälle, Operationen, Anfallsleiden?

nein ja Wenn ja, welche? Bitte mit Jahreszahl angeben:

Hat das Kind spezielle Förderung bereits erhalten?

Krankengymnastik nach Bobath? nein ja

Krankengymnastik nach Vojta nein ja

Pädagogische Frühförderung nein ja

Ergotherapie nein ja

Heilpädagogik nein ja

Logopädie nein ja

Falls eine speziellere Förderung stattgefunden hat, bitte den jeweils behandelnden Therapeuten mit Adresse und Telefon-Nr. angeben.

Befindet sich das Kind aktuell in einer speziellen Förderung?

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind noch in einer zusätzlichen Betreuung bei einem Arzt, einem Psychologen, einer Beratungsstelle? Bei wem?

2.9 Familienanamnese

Name, Geburtsdatum, Beruf und Nationalität der Mutter:

Name, Geburtsdatum, Beruf und Nationalität des Vaters:

Familienstand der leiblichen Eltern: _____

Gibt es Stiefeltern? _____

Name, Geburtsdatum, Beruf und Nationalität der Stiefmutter:

Name, Geburtsdatum, Beruf und Nationalität des Stiefvaters:

Geschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Geschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Geschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Geschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Stiefgeschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Stiefgeschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Stiefgeschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Stiefgeschwister des Kindes:

Name: _____ Geboren: _____

Wo geboren: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

3.0 Erkrankungen

Bestehen chronische Erkrankungen bei den Geschwistern/Eltern oder nahen Verwandten?

nein ja

Bitte Art und wen betreffend angeben:

Bestehen psychiatrische Erkrankungen bei den Geschwistern/Eltern oder nahen Verwandten?

Bitte Art und wen betreffend angeben:

3.1 Sorgerecht

Wer hat das Sorgerecht:

Beide Eltern Mutter Vater Andere

Bei wem lebt das Kind:

Beide Eltern Mutter Vater Andere

Gab es bereits Kontakt zum Jugendamt? Wenn ja, zu wem?

Als Inhaber der elterlichen Sorge für _____
Name des Kindes

bin ich damit einverstanden, dass Unterlagen (Akte, Berichte, Untersuchungsergebnisse) der in diesem Bogen angegebenen Stellen von der Praxis Dr. Demmerle angefordert werden können.

Mit ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden. Sollten Sie wünschen, dass von einigen Stellen keine Berichte angefordert werden, so vermerken Sie es bitte hier.

Datum Unterschrift der Sorgeberechtigten

(Sollten beide Eltern das Sorgerecht haben, müssen auch beide Eltern unterschreiben!)

Für gesetzlich Versicherte:

3.2 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind nicht bei einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater, einem sozialpädiatrischen Zentrum oder einer psychiatrischen Institutsambulanz in Behandlung ist.

Datum Unterschrift der Sorgeberechtigten

Honorarausfallvereinbarung

Jeder Patient wird für seinen Behandlungstermin einbestellt. Ihre Zeit wird für Sie planbar und Wartezeiten in der Praxis entfallen. Dieses Prinzip einer Bestellpraxis gewährleistet, dass die therapeutischen Gespräche in einer optimal ungestörten, konzentrierten und ruhigen Atmosphäre verlaufen können.

Die Patientin / der Patient verpflichtet sich, die fest vereinbarten Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen und bei Verhinderung rechtzeitig, d. h. 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, abzusagen. Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung oder eine telefonische Absage, auch auf Anrufbeantworter.

Bei nicht rechtzeitiger Absage – auch für eine Erstvorstellung - wird ein Bereitstellungshonorar in Höhe von **€ 140,-** in Rechnung gestellt. Dieses ist ausschließlich von Ihnen selbst zu tragen und wird nicht vom Versicherungsträger rückerstattet. Im Falle einer kurzfristigen Erkrankung wird kein Bereitstellungshonorar geltend gemacht. Diese ist jedoch durch ein ärztliches Attest zu bescheinigen. Diese Regelung zum Honorarausfall gilt sowohl für gesetzlich und privat Versicherte als auch für Selbstzahler.

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift