

## 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: \_\_\_\_\_ Jahre

\_\_\_\_\_ Tagsüber sauber mit: \_\_\_\_\_ Jahre

\_\_\_\_\_ Nachts sauber mit: \_\_\_\_\_ Jahre

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

## Einverständniserklärung zur unverschlüsselten Übersendung von Unterlagen per Email

Ich, \_\_\_\_\_  
erkläre mich damit einverstanden, dass Unterlagen von der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Grünwald an mich und die auf der Schweigepflichtentbindung genannten Personen per Email übersendet und ausgetauscht werden dürfen.

Meine hierfür zu verwendende Email-Adresse lautet:

\_\_\_\_\_

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass diese Emails unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt werden.

Ich kann mein Einverständnis zur unverschlüsselten Übersendung von Unterlagen per Email jederzeit schriftlich, per Email oder telefonisch widerrufen.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift