Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Dr. med. Anna-Catharina Neumann

Anmeldebogen

Kind/ Jugendlicher:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Staatsangehörigkeit	
Email-Adresse	
Handynummer	

Wer hat das Sorgerecht? Eltern ☐
Mutter ☐
Vater ☐
andere Person/ Institution ☐ Name: _____

Mit wem lebt das Kind/ der Jugendliche zusammen? _____

_____

Krankenversicherung gesetzlich ☐
privat ☐

Name Krankenkasse + Versicherungsnummer: _____

Versichertennummer Kind: _____

Bei wem ist das Kind mitversichert? _____

Versichertennummer Hauptversicherer: _____

Kinderarzt _____

Hausarzt _____

Eltern:

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater	Aktuelle Lebenspartner/innen; sonstige Betreuungspersonen	
Name, Vorname				
Geburtsdatum				
nur angeben falls abweichend: Straße, Hausnummer				
Postleitzahl, Wohnort				
Telefonnummer				
Staatsangehörigkeit				
Schul-/ Ausbildungsab-schluss				
ausgeübter Beruf, Voll-/ Teilzeit				
gravierende Erkrankungen (körperlich/ psychisch)				

Geschwister, auch Halb- oder Stiefgeschwister:

Geschwister oder Halbgeschwister	Name, Vorname	Geburtsjahr	Schulform, Klasse/Ausbildung, Lehrjahr/Beruf

Wer hat die Vorstellung bei uns empfohlen? _____

Welche Sorgen bereitet Ihnen Ihr Kind? Bitte schildern Sie kurz die aktuellen Probleme und seit wann diese bestehen. _____

_____

_____

Welche Hilfen erwarten Sie? _____

_____

_____

Bisherige Erkrankungen/ Therapien:

z.B. Klinikambulanz (PIA), Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Erziehungsberatung, schulpsychologischer Dienst, Jugendamt, bei niedergelassenen Ärzten/innen, Logopäden/innen, Ergotherapeuten/innen, Psychotherapeut/innen

Zeitraum von - bis	**wo und bei wem?**	**Diagnose/ Behandlungsgrund** (z.B. chronische Erkrankungen, Unfälle, Anfallsleiden, Schulprobleme, emotionale Schwierigkeiten)

Falls Ihr Kind Medikamente einnimmt:

Name des Präparats	**Dosierung**	**seit wann?**	**wer verordnet? Arzt/in, Heilpraktiker/in oder Eigenmedikation**

Entwicklung des Kindes:

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

_____

Gab es Fehlgeburten/ Aborte? _____

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

_____

Entbindung in der _____ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht _____ g

Körperlänge _____ cm

APGAR-Index ___/___/___

Gab es nach der Geburt Probleme? Wenn ja, welche? Gestillt, ja/nein?

_____

Gab es Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung? Wenn ja, bitte beschreiben sie diese unbedingt genauer:

- Motorische Entwicklung: _____

_____

- Sprachentwicklung: _____

_____

- Sauberkeitsentwicklung: _____

_____

Besucht/e Ihr Kind eine Kinderkrippe bzw. einen Kindergarten? Von wann bis wann? Gibt/ gab es dort Probleme, wenn ja, welche? Wurde die Einrichtung gewechselt/warum?

_____

_____

Einschulung im Jahr_____/_____ im Alter von _____ Jahren

Wurde ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt? Wenn ja, warum? _____

_____

bisheriger schulischer Werdegang, ggf. mit Klassenwiederholung und Schulform (z.B. Grundschule, Mittelschule, Realschule, Gymnasium, Montessori-Schule, Waldorfschule, Sonderpädagogisches Förderzentrum, Berufsschule):

Einschulung_____

Übertritt_____

Bisheriger schulischer Werdegang, bitte alle Schulen mit Namen angeben, aktuell besuchte Schulform und Klasse, Ausbildung/ Lehrjahr

_____

_____

_____

_____

Nachmittagsbetreuung/ Ganztagsklasse: bis _____ Uhr an Wochentagen_____

Stärken in der Schule _____

Schwächen in der Schule_____

eventuelle Verhaltensprobleme in der Schule _____

eventuelle Verhaltensprobleme/ wiederkehrende Konfliktthemen zu Hause_____

_____

Findet Ihr Kind leicht Freunde? _____

Womit beschäftigt sich Ihr Kind besonders gerne? _____

_____

Im Folgenden haben wir noch ein paar wichtige Informationen über die Behandlung bei uns:

1. Sie oder ihr Kind kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit (in der Regel 40 bis 50 Minuten) ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch Wartezeiten erspart bleiben. **Bei Nichterscheinen zum Termin ohne rechtzeitige Absage mindestens 48 Stunden zuvor wird eine Bereitstellungsgebühr in Höhe von 122,40 Euro (in Anlehnung an GOÄ Ziffer Nr. 886; 3,0-facher Satz) in Rechnung gestellt.**

2. Sie erklären sich einverstanden, dass wir mit Ihnen über die von Ihnen angegebenen Telefonnummern bzw. E-Mail-Adressen Kontakt aufnehmen dürfen.

3. In der Regel übernehmen die gesetzlichen und privaten Krankenkassen die Kosten für eine fachärztlich kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung. Bei den privaten Krankenkassen kommt es aber darauf an, welche Vertragsbedingungen Sie mit Ihrer Versicherung im Versicherungsvertrag vereinbart haben. Atteste oder Stellungnahmen zur Vorlage bei Schulen oder Ämtern sind nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten und werden daher von uns privat in Rechnung gestellt.

4. Ihnen wird hiermit mitgeteilt, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung (hierunter Diagnostik, therapeutische Gespräche, medikamentöse Behandlung) **nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis aller Sorgeberechtigten** erfolgen kann. Dies gilt insbesondere auch bei getrennten Eltern mit geteiltem Sorgerecht. Sofern die Betreuung von

anderen Personen (z.B. Großeltern, anderen Verwandten oder Fachpersonal von Jugendhilfeeinrichtungen) übernommen wird, müssen die Sorgeberechtigten vor dem ersten Behandlungstermin informiert und einverstanden sein. Eine jugendpsychiatrische Behandlung ohne den Einbezug der Sorgeberechtigten ist nur im -ausdrücklich begründeten- Ausnahmefall und bei hinreichender Einsichtsfähigkeit ohne Hinweis auf Eigen- oder Fremdgefährdung möglich.

Ort, Datum	Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter
Ort, Datum	Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters
Ort, Datum	ggf. Unterschrift des Patienten selbst
Ort, Datum	ggf. Unterschrift weiterer (teil-) sorgeberechtigter Personen/Betreuer