

Anmeldung für einen Termin in unserer Facharztpraxis

Liebe Eltern,

liebe Sorgeberechtigte,

anbei erhalten Sie unseren Anmeldebogen. Bitte füllen Sie ihn deutlich leserlich in Druckschrift vollständig aus. Sollten die Daten für uns nicht lesbar sein, können wir Sie leider nicht kontaktieren.

Wir bitten Sie, die Fragen so genau wie möglich und in Ruhe zu beantworten.

Den ausgefüllten Anmeldebogen schicken Sie bitte per Post, per Mail oder per Fax wieder an uns. Nachdem der vollständig ausgefüllte Anmeldebogen bei uns vorliegt werden wir Sie zeitnah telefonisch kontaktieren. Am Telefon vereinbaren wir einen Termin für ein Erstgespräch bei uns in der Praxis. Geben Sie daher bitte unbedingt Telefonnummern an, unter denen wir Sie erreichen können.

Das Erstgespräch findet in der Regel vormittags statt. Es ist immer nur zusammen mit Ihrem Kind oder Jugendlichen möglich. Termine ohne Kind können nicht stattfinden. Selbstverständlich bekommen Sie zur Vorlage sowohl für den Arbeitgeber als auch für die Schule eine Bestätigung, dass dieser Termin stattgefunden hat.

Bitte beachten Sie, dass der Anmeldebogen von allen Sorgeberechtigten unterschrieben werden muss.

Bitte bringen Sie spätestens zum ersten Termin folgende Unterlagen mit:

- **die Gesundheitskarte Ihres Kindes**
- **das gelbe Untersuchungsheft im Original**
- **den Mutterpass im Original**
- **bei schulpflichtigen Kindern Kopien der letzten beiden Zeugnisse**
- **ärztliche Vorbefunde (soweit vorhanden)**
- **Therapieberichte (soweit vorhanden)**
- **Vortestungen von Schulpsychologen (soweit vorhanden)**



Anmeldebogen (bitte in Druckschrift leserlich ausfüllen)

Angaben zum Patienten:

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

männlich weiblich

Straße: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

Landkreis: _____

Angaben zur Versicherung:

gesetzliche Krankenkasse

Hauptversicherter

(Patient ist über diese Person versichert):

Private Krankenkasse

Rechnungsempfänger:

Angabe zum/zu den Sorgeberechtigten:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Email: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Email: _____



Bei wem lebt das Kind:

- Eltern Mutter Vater _____

Sorgerecht:

- beide Eltern Mutter Vater _____

Bei getrennt lebenden Eltern:

a) Seit wann leben die Eltern getrennt? _____

b) Wie oft sieht das Kind den anderen Elternteil: _____

Sind bereits Geschwisterkinder bei uns in Behandlung?

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Grund der aktuellen fachärztlichen Vorstellung:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Verhalten / Aggressivität | <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen | <input type="radio"/> Migräne / Kopfschmerzen |
| <input type="radio"/> Aufmerksamkeit | <input type="radio"/> Traurigkeit / Depression | <input type="radio"/> Selbstverletzendes Verhalten |
| <input type="radio"/> schulische Leistungen | <input type="radio"/> Trauma | <input type="radio"/> Einnässen / Einkoten |
| <input type="radio"/> Intelligenzentwicklung | <input type="radio"/> Sucht (auch Mediensucht) | <input type="radio"/> Verdacht auf Autismus |
| <input type="radio"/> Erziehung | <input type="radio"/> Schlafstörungen | <input type="radio"/> Ängste |
| <input type="radio"/> Essverhalten | <input type="radio"/> Tics / Zwänge / Anfälle | <input type="radio"/> Weiterbehandlung nach Klinikaufenthalt |
| <input type="radio"/> Gutachtenerstellung | <input type="radio"/> Sonstiges | |

Die Vorstellung erfolgt auf Empfehlung von: _____

Haus- oder Kinderarzt (Name, Adresse): _____

Ich wünsche einen Bericht an obengenannten Haus- oder Kinderarzt

Ich wünsche keinen Bericht



Bitte schildern Sie kurz die vorstehend angekreuzten Probleme näher:

Seit wann bestehen die Sorgen und Probleme:

Wurde Ihr Kind schon in einer anderen Einrichtung (Schule, Erziehungsberatung, ärztliche Kollegen, etc.) vorgetestet?

JA NEIN

Wenn ja, bringen Sie bitte die Testbefunde bzw. die Kopien der Deckblätter des Tests zum ersten Termin mit.

Befand sich Ihr Kind früher schon einmal wegen ähnlicher Probleme oder Erkrankungen in ambulanter oder stationärer Behandlung? Wenn ja: wo und wann?

Im Jahr _____ wegen _____ wo _____

Im Jahr _____ wegen _____ wo _____

Im Jahr _____ wegen _____ wo _____

Erhält Ihr Kind momentan regelmäßig Medikamente? Wenn ja welche und seit wann?

Name des Medikaments _____ seit _____ Dosierung _____

Name des Medikaments _____ seit _____ Dosierung _____

**Bekommt oder bekam das Kind eine spezielle Förderung? Wenn ja welche?
(z.B. Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung etc.)**

Befindet sich Ihr Kind derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?

JA NEIN



Wenn ja:

Name des Therapeuten: _____ seit wann _____

Aktuell besucht unser Kind folgende Einrichtung:

Kinderkrippe

Kindergarten

Schule

Wenn Ihr Kind eine Schule besucht, teilen Sie uns bitte mit welche Schule und welche Klasse:

Unter welcher Telefonnummer können wir Sie für eine Terminvereinbarung erreichen?

Handy: _____

Festnetz privat: _____

Festnetz dienstlich: _____

Nur für gesetzliche versicherte Patienten:

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass derzeit keine laufenden Behandlungen oder Termine in einer anderen sozial-psychiatrischen Einrichtung (z.B. Heckscher Klinik oder bei einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater) stattfinden. **Ich bin mir darüber im Klaren, dass Termine zur Diagnostik, Beratung, Therapie etc. nur stattfinden können, wenn im gültigen Quartal bisher keine Termine in einer anderen Einrichtung erfolgt sind oder erfolgen.** Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Praxis Dr. Claudia Michael darüber informiere, sollten Termine in entsprechenden Einrichtungen vereinbart werden.

Kosten für Gutachten, Atteste oder ärztliche Stellungnahmen (z.B. an das Jugendamt) sind keine Kassenleistungen, sondern müssen vom Patienten selbst getragen werden.

Da unsere Praxis als reine Bestellpraxis geführt wird, werden aufgrund der uns entstehenden Kosten für nicht wahrgenommene Termine im Falle eines nicht mindestens 48 Stunden (zwei Werktage) vorher abgesagten Termins – auch für eine Erstvorstellung – € 61,20 nach GOÄ 886 in Rechnung gestellt.



Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Bedarf Termine, Terminverschiebungen, aktuelle Informationen und Fragen zur Behandlung des Patienten über E-Mail versendet werden dürfen.

Ich bin mit der Behandlung des o.g. Patienten in der Praxis Dr. Claudia Michael einverstanden.

Datum

Unterschrift 1. Sorgeberechtigter

Unterschrift 2. Sorgeberechtigter

Diese Einverständniserklärung muss von allen Sorgeberechtigten unterschrieben sein.

Hinweis:

Bitte haben Sie dafür Verständnis dass wir keine Eingangsbestätigung über die Anmeldung zusenden können. Wir werden Sie zeitnah telefonisch kontaktieren.

Aufgrund der zahlreichen Anmeldungen muss mit einer Wartezeit von mehreren Wochen für ein Erstgespräch in unserer Praxis gerechnet werden.

Sie helfen uns, wenn Sie sämtliche relevanten Vorbefunde in Kopie der Anmeldung beilegen.

Vielen Dank!