



Gemeinschaftspraxis Dr. med. B. Lüders | Dr. med. K. Marutt
Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Waldstraße 30 | 22926 Ahrensburg
Fon 04102 46770 | Fax 04102 467777

Sehr geehrte Damen und Herren,

damit wir mit Ihnen einen Termin zur Vorstellung Ihres Kindes vereinbaren können, bitten wir Sie, uns den folgenden Anamnesebogen vollständig ausgefüllt sowie die Einverständniserklärung beider Sorgeberechtigter (bzw. Vormund) zur Behandlung in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis so schnell wie möglich per Post zuzusenden.

Erst wenn alle Unterlagen vollständig vorliegen, rufen wir Sie zur Terminvereinbarung an.

Zunächst führen wir mit Ihnen und Ihrem Kind ein Erstgespräch in unserer Praxis. Im Anschluss werden wir i. d. R. weitere Termine zur Diagnostik mit Ihnen vereinbaren. In Abhängigkeit von der jeweiligen Problematik oder Fragestellung werden danach mehrere Termine bei einer unserer Therapeutinnen bzw. einem unserer Therapeuten stattfinden. In den meisten Fällen sind diese Termine nur für ihr Kind allein, ohne Anwesenheit der Eltern. Zum Teil werden auch Termine für Elterngespräche ohne Kind vergeben. Alle Diagnostiktermine dienen dazu, herauszufinden, welches die Ursachen der bestehenden Problematik sind und welche Maßnahmen ggf. hilfreich und indiziert sein können.

Die Diagnostiktermine finden in aller Regel vormittags statt, da die Kinder zum einen für bestimmte Testverfahren ausgeruht sein müssen, zum anderen auch die Nachmittagstermine für regelmäßige Therapietermine genutzt werden müssen. Gelegentlich kommt es im Verlauf der Diagnostik durch neue Informationen aber auch zu Abänderungen, in diesem Fall wird die Therapeutin oder der Therapeut dies mit Ihnen absprechen.

Zum Teil ist es sinnvoll, auch Kontakte zu anderen Bezugspersonen der Kinder – wie beispielsweise Lehrern – aufzunehmen. Dies findet nur mit einer schriftlichen Schweigepflichtentbindung durch Sie statt.

Nach den Terminen bei den Therapeuten/-innen findet ein so genanntes „Bilanzgespräch“ statt. In diesem Gespräch werden Sie über die Erkenntnisse und Ergebnisse der Diagnostik informiert, über die sich Therapeut/-in und Ärztin zuvor ausgetauscht haben. Darüber hinaus wird ggf. die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen besprochen.

Sollten sie verhindert sein, einen Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie diesen Termin so früh wie möglich, jedoch spätestens zwei Werktage zuvor, absagen. Außerhalb der telefonischen Sprechzeiten können Sie eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen oder uns unter info@kjp-ahrensburg.de eine E-Mail schicken. Wir behalten uns vor, Ihnen nicht rechtzeitig oder nicht abgesagte Behandlungen in Rechnung zu stellen, da die Termine nur für Sie reserviert sind.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Dr. med. B. Lüders, Dr. med. K. Marutt
Waldstraße 30
22926 Ahrensburg

Kontaktdaten

Telefonnummer Mutter: _____

Telefonnummer Vater: _____

Telefonnummer
Jugendliche ab 14 Jahren: _____

Kinderarzt/-ärztin: _____

Hausarzt/-ärztin: _____

Anamnesefragebogen

I. Vorzustellendes Kind

Vorname und Name des Kindes _____ Geschlecht _____ Geburtsdatum _____

Vorstellungsgrund/Veränderungswünsche

Seit wann besteht die Symptomatik/bestehen die Schwierigkeiten _____

Waren Sie mit Ihrem Kind/Pflegekind oder einem der Geschwister bereits bei uns in Behandlung? (Name?) _____

Weitere Bezugspersonen (z.B. Stief-/Adoptiv-/Pflegeeltern) bitte zusätzliche Angaben unter Punkt V

II. Leibliche Eltern

Leibliche Mutter

Name und Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____ Konfession _____ Herkunftsland _____

Schulabschluss _____ Beruf _____ Arbeitgeber _____

- ganztags erwerbstätig Schichtarbeit Ausbildung/Umschulung Rentnerin
- im Haushalt tätig teilzeitbeschäftigt arbeitsuchend Andere

Leiblicher Vater

Name und Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____ Konfession _____ Herkunftsland _____

Schulabschluss _____ Beruf _____ Arbeitgeber _____

- ganztags erwerbstätig Schichtarbeit Ausbildung/Umschulung Rentner
- im Haushalt tätig teilzeitbeschäftigt arbeitsuchend Andere

III. Geschwister (leibliche, Halb-/Stief-/Pflegegeschwister)

Name, Vorname	Alter	Schule/Beruf	im Haushalt lebend
1. _____			<input type="checkbox"/>
2. _____			<input type="checkbox"/>
3. _____			<input type="checkbox"/>
4. _____			<input type="checkbox"/>
5. _____			<input type="checkbox"/>

IV. Lebens- und Wohnsituation des Kindes

Beziehungsstatus der **leiblichen** Eltern

verheiratet
 geschieden seit _____

zusammen lebend
 verwitwet

getrennt lebend seit _____

Sorgerecht:

Mutter
 Vater
 Beide

Vormund

Gibt es aktuelle familiengerichtliche oder anderweitige Auseinandersetzungen um das Sorgerecht?

Ja
 Nein

Derzeitige Wohnsituation. Bei wem lebt das Kind?

Eltern
 Pflegeeltern
 Großeltern

Mutter
 Vater
 Adoptiveltern

Wohngruppe (Name/Anschrift/zuständiger Betreuer der Einrichtung)

Sonstige

V. Weitere Bezugspersonen

Stiefmutter
 Pflegemutter
 Adoptivmutter

Lebensgefährtin des Vaters
 Großmutter
 Rentnerin

Name und Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Telefon E-Mail Konfession Herkunftsland

Schulabschluss Beruf Arbeitgeber

ganztags erwerbstätig
 Schichtarbeit
 Ausbildung/Umschulung
 Rentnerin

im Haushalt tätig
 teilzeitbeschäftigt
 arbeitsuchend
 Andere

- Stiefvater

 Pflegevater

 Adoptivvater
 Lebensgefährtin der Mutter

 Großvater

 Rentner

 Name und Vorname Geburtsdatum

 Anschrift

 Telefon E-Mail Konfession Herkunftsland

 Schulabschluss Beruf Arbeitgeber

- ganztags erwerbstätig

 Schichtarbeit

 Ausbildung/Umschulung

 Rentner
 im Haushalt tätig

 teilzeitbeschäftigt

 arbeitssuchend

 Andere

VI. Vorerkrankungen des Kindes

Krankheiten/Unfälle/Allergien

Hat ihr Kind schon einmal regelmäßig Medikamente genommen, bzw. nimmt es diese noch ein?

Medikament	Von	Bis

Liegen schwere, körperliche Erkrankungen in der Familie vor?
 Wenn ja, wer und welche? _____

Liegen psychische Erkrankungen in der Familie vor?
 Wenn ja, wer und welche? _____

VII. Kindergarten und Schulbesuch

- Tagesmutter

 KiTa

 Integrationskindergarten

Besuch im Alter von _____ bis _____ Jahren

Welche Schulform besucht das Kind zurzeit? __. Klasse

- Vorschule

 Grundschule

 Waldorfschule
 Gymnasium

 Förderschule

 Internat
 Stadtteilschule

 Gemeinschaftsschule

 Berufsschule
 Integrationsmaßnahme

 Sonstige _____

Name der Schule: _____

Name und Kontaktdaten Lehrer/innen u.a. _____

VIII. Entwicklung

Schwangerschaft:

Künstliche Befruchtung Ja Nein

Anzahl vorrausgehender Schwangerschaften _____ davon _____ Fehlgeburten _____ Abbrüche

Gab es darüber hinaus Schwangerschaftskomplikationen? Wenn ja, welche? (z.B. körperliche/ seelische Belastungen)

Geburt (bitte ggf. dem gelben Vorsorgeheft entnehmen):

In der _____ SSW spontan Kaiserschnitt Saugglocke Zange

Geburtsgewicht __ _____ Apgar _____ / _____ / _____

Gab es darüber hinaus Geburtskomplikationen? Wenn ja, welche?

Auffälligkeiten im Säuglingsalter (mehrere Antworten möglich):

Exzessives Schreien Wenig Interesse an Umwelt

Ein-/Durchschlafstörungen Blickkontakt vermeidend

Fütter-/Gedeihstörungen Körperkontakt vermeidend

Weitere Entwicklung:

Sprachentwicklung:

unauffällig Aussprachefehler geringer Wortschatz

verzögert grammatikalische Auffälligkeiten

Sprachverständnisschwierigkeiten

Motorik:

unauffällig ungeschickt Krabbeln mit _____ Monaten

verzögert überaktiv Laufen mit _____ Monaten

unsicher wenig aktiv

Händigkeit:

links rechts wechselnd

Hand-/Fingermotorik ungeschickt/verkrampft wenig/kein gestaltendes Malen/Basteln

Sauberkeit:

Trocken am Tag seit _____

Trocken in der Nacht seit _____

Nach dem 3. Lebensjahr:

Einkoten von _____ bis _____

Hörschwäche:

Nein Ja seit _____ HNO-/Pädaudiologische Untersuchung ist erfolgt

Sehschwäche:

Nein Ja seit _____ Augenärztliche Untersuchung ist erfolgt

Krampfanfälle:

Nein Ja seit _____

Sozialisation:

- gut integriert unter Gleichaltrigen wenig Freunde _ im Kindergarten/in der Schule isoliert

- Spielt eher mit: Gleichaltrigen Jüngeren Älteren Erwachsenen

Medienverhalten:

- Gaming Dauer pro Tag _____
 Internet Dauer pro Tag _____
 TV Dauer pro Tag _____

Bindungsverhalten:

- Trennungsprobleme von Bezugspersonen Schlafen im Bett der Eltern
 andere Auffälligkeiten _____

Sexualität:

- Fühlt sich dem Geburtsgeschlecht zugehörig _____ ja nein
 Auffälligkeiten _____

IX. Sonstige Maßnahmen

Haben Sie schon Hilfen in Anspruch genommen? (Mehrfachnennung möglich)
Bitte geben Sie jeweils den Zeitraum „von-bis“ an, wann die Hilfe in Anspruch genommen wurde

- | Name | von-bis |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Klinik _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-in _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendpsychiater/-in _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> WOI/Flehmig oder andere Sozial-Pädiater/-in _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frühförderung _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Logopädie _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstelle _____ | Ansprechpartner _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt _____ | Ansprechpartner _____ |
| <input type="checkbox"/> Sozialamt _____ | Ansprechpartner _____ |
| <input type="checkbox"/> Jugendamt/ASD _____ | Ansprechpartner _____ |
| <input type="checkbox"/> schulpsycholog. Dienst _____ | Ansprechpartner _____ |
| <input type="checkbox"/> Pflegekinderdienst _____ | Ansprechpartner _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | Ansprechpartner _____ |

(Bitte von den o.g. Institutionen jeweils den Bericht/die Berichte mitbringen, ggf. erhalten Sie die Berichte von Ihrem Kinderarzt)

Nach Abschluss der Diagnostik/Therapie wird ein schriftlicher Befundbericht an die/den behandelnde/n Kinderärztin/-arzt, bzw. Hausärztin/-arzt übermittelt
Falls Sie damit nicht einverstanden sind, informieren Sie bitte die behandelnde Ärztin.

Ich/Wir bestätige/n, dass sich _____ (Name des Patienten) **im Quartal der Vorstellung hier**, noch nicht in einer anderen sozialpsychiatrischen Praxis (z.B. Kinder- und Jugendpsychiater) oder Institutsambulanz (z.B. Werner-Otto-Institut, Wilhelmstift/Vorwerker Fachklinik) in Behandlung begeben hat.

Datum, Unterschrift
(im Original vorzulegen)

Name des/der Sorgeberechtigten



Gemeinschaftspraxis Dr. med. B. Lüders | Dr. med. K. Marutt
Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Waldstraße 30 | 22926 Ahrensburg
Fon 04102 46770 | Fax 04102 467777

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind/mein Mündel

(Vor- und Nachname des Kindes)

(Geburtsdatum des Kindes)

in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Dr. med. B. Lüders und Dr. med. K. Marutt, Waldstraße 30
in 22926 Ahrensburg diagnostiziert/behandelt wird

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter/Vormund

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigter Vater/Vormund

Vormund/Vormünderin

Name des Unterzeichnenden (Vorname, Name) _____

Anschrift des Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort) _____

Telefonnummer des Unterzeichnenden _____

Die Einverständniserklärung muss im Original vorgelegt werden!!



Gemeinschaftspraxis Dr. med. B. Lüders | Dr. med. K. Marutt
Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Waldstraße 30 | 22926 Ahrensburg
Fon 04102 46770 | Fax 04102 467777

Merkzettel

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zum Vorstellungstermin mit:

- Krankenversicherungskarte des Kindes
- Überweisungsschein
(nur, wenn Sie von Ihrem Kinderarzt/-ärztin/Hausarzt/-ärztin damit an uns verwiesen wurden)
- Berichte von Vorbehandlern **als Kopie zum Verbleib in der Praxis**
z. B. bei Ergotherapie, Lerntherapie, Frühförderung, Krankengymnastik, Logopädie und durchgeführte ambulante/stationäre Maßnahmen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich
- Gelbes Vorsorgeheft (für Kinder bis einschl. 10. Lebensjahr)
- 2 aktuelle Schulzeugnisse als Kopie zum Verbleib in der Praxis
- Einverständiserklärung und Schweigepflichtsentbindung müssen im Original vorgelegt werden!!



Gemeinschaftspraxis Dr. med. B. Lüders | Dr. med. K. Marutt
Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Waldstraße 30 | 22926 Ahrensburg
Fon 04102 46770 | Fax 04102 467777

Schweigepflichtsentbindung

Name des Patienten:

Geboren am:

Wohnhaft:

Hiermit entbinde ich/entbinden wir die Gemeinschaftspraxis Dr. Lüders / Dr. Marutt in Ahrensburg sowie die unten aufgeführten Personen von der Schweigepflicht und bin/sind damit einverstanden, dass Informationen (mündlich oder schriftlich) ausgetauscht werden.

Andere Praxen/Jugendamt/Klinik:

Kontaktdaten _____

Ansprechpartner/in _____

Schule/Kindergarten:

Kontaktdaten _____

Ansprechpartner/in _____

Wohngruppe:

Kontaktdaten _____

Ansprechpartner/in _____

Unterschrift: _____ Datum: _____

(Im Original vorzulegen)