



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, per Fax oder per Mail zuzusenden.

Erst wenn alle Unterlagen vollständig vorliegen, rufen wir Sie zur Terminvereinbarung an. Hierzu ist es wichtig, dass Sie uns auch Zeiten und Telefonnummer(n) mitteilen, zu denen sie tagsüber erreichbar sind.

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 findet ein so genanntes „Bilanzgespräch“ bei der zuständigen Ärztin 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. 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

**Deckblatt zur
Versendung der
Unterlagen**

Zur telefonischen Absprache eines Termins erreichen Sie mich/uns zwischen 9.00-17.00 Uhr
unter folgender Telefonnummer

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):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exzessives Schreien | <input type="checkbox"/> Wenig Interesse an Umwelt |
| <input type="checkbox"/> Ein-/Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Blickkontakt vermeidend |
| <input type="checkbox"/> Fütter-/Gedeihstörungen | <input type="checkbox"/> Körperkontakt vermeidend |

Weitere Entwicklung:

Sprachentwicklung:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Aussprachefehler | <input type="checkbox"/> geringer Wortschatz |
| <input type="checkbox"/> verzögert | <input type="checkbox"/> grammatikalische Auffälligkeiten | |
| <input type="checkbox"/> Sprachverständnisschwierigkeiten | | |

Motorik:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> ungeschickt | <input type="checkbox"/> Krabbeln mit _____ Monaten |
| <input type="checkbox"/> verzögert | <input type="checkbox"/> überaktiv | <input type="checkbox"/> Laufen mit _____ Monaten |
| <input type="checkbox"/> unsicher | <input type="checkbox"/> wenig aktiv | |

Händigkeit:

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> wechselnd |
| Hand-/Fingermotorik | <input type="checkbox"/> ungeschickt/verkrampft | <input type="checkbox"/> wenig/kein gestaltendes Malen/Basteln |

Sauberkeit:

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Trocken | <input type="checkbox"/> am Tag | seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Trocken | <input type="checkbox"/> in der Nacht | seit _____ |

Nach dem 3. Lebensjahr:

- Einkoten

Hörschwäche:

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | seit _____ | <input type="checkbox"/> HNO-/Pädaudiologische Untersuchung ist erfolgt |
|-------------------------------|-----------------------------|------------|---|

Sehschwäche:

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | seit _____ | <input type="checkbox"/> Augenärztliche Untersuchung ist erfolgt |
|-------------------------------|-----------------------------|------------|--|

Krampfanfälle:

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | seit _____ |
|-------------------------------|-----------------------------|------------|

Sozialisation:

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

- Spielt eher mit: Gleichaltrigen Jüngeren Älteren Erwachsenen

Bindungsverhalten:

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

Sexualität:

- Fühlt sich dem eigenen Geschlecht zugehörig ____ ja nein
 Auffälligkeiten _____

IX. Sonstige Betreuung

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"/> Kinder- und Jugendpsychotherapeut _____		
<input type="checkbox"/> Kinder und Jugendpsychiater _____		
<input type="checkbox"/> WOI/Flehmgig oder andere Sozial-Pädiater _____		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie _____		
<input type="checkbox"/> Frühförderung _____		
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik _____		
<input type="checkbox"/> Logopädie _____		

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

- Beratungsstelle _____ Ansprechpartner _____
- Gesundheitsamt _____ Ansprechpartner _____
- Sozialamt _____ Ansprechpartner _____
- Jugendamt/ASD _____ Ansprechpartner _____
- schulpsycholog. Dienst _____ Ansprechpartner _____
- Pflegekinderdienst _____ Ansprechpartner _____
- Sonstiges _____ Ansprechpartner _____

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.



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 Sorgeberechtigter Vater/Vormund

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigter Mutter/Vormund

Im Falle einer Fremdunterbringung (Pflegefamilie, Wohngruppe etc.): Ich/Wir entbinden die Praxis Lüders/Marutt von der Schweigepflicht gegenüber der Betreuerin/dem Betreuer, bzw. Bezugsperson meines/unseres Kindes.

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigter Vater/Vormund

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigter Mutter/Vormund

Sorgeberechtigter Vater/Vormund

Name des Unterzeichnenden (Vorname, Name) _____

Anschrift des Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort) _____

Telefonnummer des Unterzeichnenden _____

Sorgeberechtigte Mutter/Vormund

Name der Unterzeichnenden (Vorname, Name) _____

Anschrift der Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort) _____

Telefonnummer der Unterzeichnenden _____

Eine Information zum Thema Datenschutz finden Sie unter der Überschrift „Patienteninformation“ auf unserer Homepage.



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 geehrter Patient, sehr geehrte Eltern!

Wir möchten Sie als Mitglied einer privaten Krankenversicherung über den Ablauf in unserer Praxis informieren. Sie erhalten von uns im Folgenden einige Hinweise über unsere Abrechnungsbestimmungen.

Zunächst werden wir ein Erstgespräch führen. Daran schließen sich Diagnostiktermine und schließlich das Bilanzgespräch an, in dem wir die bisherigen Erkenntnisse zusammenfassen und, wenn notwendig, weiterführende Behandlungen mit Ihnen planen.

Diese genannten Termine dienen ausschließlich der Diagnosefindung und die Kosten werden daher in der Regel von den privaten Krankenversicherern problemlos übernommen.

Es obliegt jedoch Ihrer Entscheidung, sich die Kostenübernahme für alle Termine bestätigen zu lassen. Wir rechnen nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) mit den üblichen Steigerungsfaktoren ab. Sind Sie Beihilfe berechtigt, sollten Sie die Höhe Ihres evtl. anfallenden Eigenanteils vorab erfragen.

In diesem Zusammenhang möchten wir auch darauf hinweisen, dass wir von Ihnen den Auftrag zur ärztlichen Untersuchung erhalten haben und Sie damit unser Vertragspartner sind. Die Rechnungsstellung erfolgt somit an Sie als Kostenschuldner persönlich und ist von Ihnen, unabhängig von der Kostenübernahme durch den Krankenversicherer, in vollem Umfang auszugleichen.

Sollten Sie/Ihr Kind einen Termin nicht wahrnehmen können, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns so früh wie möglich informieren. Außerhalb der telefonischen Sprechzeiten können Sie hierzu jederzeit eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen. Erfolgt die Absage nicht spätestens 2 Werktage vor dem vereinbarten Termin, behalten wir uns die Möglichkeit vor, den ausgefallenen Termin in Rechnung zu stellen.

Wir rechnen unsere Leistungen in der Regel in 4wöchigen Abständen ab, so dass Sie im Verlauf möglicherweise mehrere Rechnungen erhalten werden. Das Zahlungsziel beträgt 30 Tage.

Name des Patienten

Geburtsdatum

Rechnungsempfänger

m w

Vorname und Name

Geschlecht

Geburtsdatum

Anschrift

Name Krankenversicherung

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie als Rechnungsempfänger mit den o. g. Behandlungsbestimmungen einverstanden sind.

Datum, Unterschrift

Merkzettel

(für Versicherte einer gesetzlichen Krankenversicherung)

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zum Vorstellungstermin mit:

- Krankenversicherungskarte des Kindes
- Überweisungsschein
(nur, wenn Sie von Ihrem Kinderarzt/Hausarzt 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 jugend-
psychiatrischen Bereich
- Gelbes Vorsorgeheft (für Kinder bis einschl. 10. Lebensjahr)
- 2 aktuelle Schulzeugnisse **als Kopie zum Verbleib in der Praxis**