



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: _____

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

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:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Einkoten | von _____ | bis _____ |
|-----------------------------------|-----------|-----------|

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

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/Flehmgig 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.



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 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

Sehr geehrter/e Patient/in, 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/in

m w

Vorname und Name

Geschlecht

Geburtsdatum

Anschrift

Name Krankenversicherung

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

Datum, Unterschrift (im Original vorzulegen)

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)