



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 46777

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

- Stiefmutter
 Pflegemutter
 Adoptivmutter
 Lebensgefährtin des Vaters
 Großmutter

 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

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

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

Bindungsverhalten:

Trennungsprobleme von Bezugspersonen Schlafen im Bett der Eltern

andere Auffälligkeiten _____

Sexualität:

Fühlt sich nicht 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)

<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 _____

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

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 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

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 jugendpsychiatrischen Bereich
- Gelbes Vorsorgeheft (für Kinder bis einschl. 10. Lebensjahr)
- 2 aktuelle Schulzeugnisse **als Kopie zum Verbleib in der Praxis**