



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

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?) _____

II. Leibliche Eltern

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

Leiblicher Vater

Name und Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

Konfession

Herkunftsland

Schulabschluss

Beruf

Arbeitgeber

- | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ganztags erwerbstätig | <input type="checkbox"/> Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> Ausbildung/Umschulung | <input type="checkbox"/> Rentner |
| <input type="checkbox"/> im Haushalt tätig | <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt | <input type="checkbox"/> arbeitsuchend | <input type="checkbox"/> Andere |

Leibliche Mutter

Name und Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

Konfession

Herkunftsland

Schulabschluss

Beruf

Arbeitgeber

- | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ganztags erwerbstätig | <input type="checkbox"/> Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> Ausbildung/Umschulung | <input type="checkbox"/> Rentner |
| <input type="checkbox"/> im Haushalt tätig | <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt | <input type="checkbox"/> arbeitsuchend | <input type="checkbox"/> 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

- Stiefvater Pflegevater Adoptivvater
 Lebensgefährtin der Mutter Großvater

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

- 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)

- 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**