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.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

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

⚠ **Aktueller Hinweis:**

Wir können derzeit **keine Psychotherapien** anbieten und führen auch keine Wartelisten!

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.			❒
2.			❒
3.			❒
4.			❒
5.			❒

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

❒ Lebensgefährte 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

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**

❒ Klinik_____

❒ Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-in _____

❒ Kinder und Jugendpsychiater/-in_____

❒ WOI/Flehmig oder andere Sozial-Pädiater/-in _____

❒ Ergotherapie _____

❒ Frühförderung _____

❒ Krankengymnastik_____

❒ Logopädie _____

❒ Beratungsstelle _____ Ansprechpartner _____

❒ Gesundheitsamt _____ Ansprechpartner _____

❒ Sozialamt_____ Ansprechpartner _____

❒ Jugendamt/ASD _____ Ansprechpartner _____

❒ schulpsycholog. Dienst _____ Ansprechpartner _____

❒ Pflegekinderdienst_____ Ansprechpartner _____

❒ 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 Sorgeberechtigte Mutter/Vormund Datum, Unterschrift Sorgeberechtigter Vater/Vormund

Vormund/Vormünderin

Name des Unterzeichnenden (Vorname, Name) _____

Anschrift des Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort) _____

_____

Telefonnummer des Unterzeichnenden _____

Nach Abschluss der Diagnostik/Therapie wird ein schriftlicher Befundbericht an die/den behandelnde/n Kinderärztin/-arzt, bzw. Hausärztin/-arzt übermittelt.

Der Weiterleitung des schriftlichen Befundberichts an die/den behandelnde/n Kinderärztin/-arzt, bzw. Hausärztin/-arzt wird <u>NICHT</u> zugestimmt.

_____ _____
Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter/Vormund Datum, Unterschrift Sorgeberechtigter Vater/Vormund

Hiermit widerspreche ich der Erstellung einer elektronischen Patientenakte (ePA) für mein Kind (bis 15 Jahre)/meine Person.

_____ _____
Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter/Vormund Datum, Unterschrift Sorgeberechtigter Vater/Vormund

_____
Datum, Unterschrift Patientin/Patient (ab 15 Jahre)

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

Hinweis Ausfallhonorar

Sehr geehrte Damen und Herren,

unsere Praxis wird als reine **Bestellpraxis** geführt. Wir reservieren die vereinbarte Zeit exklusiv für Sie.

Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, sagen Sie diesen bitte mindestens **24 Stunden im Voraus** ab (werktags, d. h. ein Termin am Montag muss spätestens am Freitagvormittag zu den regulären Öffnungszeiten abgesagt werden).
Außerhalb der telefonischen Sprechzeiten können Sie eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen oder uns unter info@kjp-ahrensburg.de eine E-Mail schicken

Bei unentschuldigtem Versäumen oder zu später Absage stellen wir Ihnen ein Ausfallhonorar von **100,00 €** gemäß § 615 BGB privat in Rechnung.

Da es sich um eine reine Zeitausfallgebühr und nicht um eine medizinische Leistung handelt, ist dieser Betrag nicht nach der GOÄ/GOP erstattungsfähig und wird von privaten Krankenversicherungen oder Beihilfestellen in der Regel nicht übernommen. Die Gebühr entfällt nur bei nachweislich unverschuldetem Nichterscheinen oder falls eine anderweitige Vergabe des Termins möglich war.

Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter/Vormund _____

Unterschrift Sorgeberechtigter Vater/Vormund_____

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. Behandlungs-bestimmungen 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 jugend-psychiatrischen Bereich
- Gelbes Vorsorgeheft (für Kinder bis einschl. 10. Lebensjahr)
- 2 aktuelle Schulzeugnisse als Kopie zum Verbleib in der Praxis
- Einverständiserklärung und Schweigepflichtentbindung 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)