

Anmeldeformular für Erstpatienten (Seite 1 von 2)

Anmeldeformular bitte vollständig ausgefüllt zur Terminvereinbarung zusenden.

- a) **per Post:** Dr. med. Katja Wucherer
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Arnsteiner Straße 9
97753 Karlstadt
- b) **per Fax:** 09353 98561-22
- c) **per E-Mail:** info@kjpp-wucherer.de

Wir setzen uns mit Ihnen umgehend zur Terminvereinbarung in Verbindung.

Telefon:

Handy:

Name, Vorname

(Kind/Jugendlicher):

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Telefon:

Adresse:

Krankenkasse:

Besucht derzeit:

Kindergarten Grundschule Förderschule Hauptschule

Realschule Gymnasium Klasse:

Ausbildung als

Aktueller Leistungsstand:

Deutsch Mathematik Englisch

Sonstige:

Hauptversicherter:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Anmeldeformular für Erstpatienten (Seite 2 von 2)

Mutter:

Name/Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Telefon:

Vater:

Name/Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Telefon:

Sorgeberechtigte: beide Eltern nur Vater nur Mutter Vormund / Jugendamt

Fremdanmeldung:

Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten liegt vor (bei Fremdanmeldung)

Fremdanmelder (Name):
Telefon:

Warum soll Ihr Kind /Jugendlicher vorgestellt werden? (kurze zusammenfassende Beschreibung)

**Wir waren bereits bei einem Kinder- und Jugendpsychiater ambulant vorstellig /
bzw. in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.** Ja Nein

Wo?
Wann? (Monat / Jahr)

Diagnosen:

Was bringe ich zum ersten Termin mit?

- unterschriebener Informationsbogen
- Versichertenkarte des Kindes /Jugendlichen
- Vorsorgeheft / gelbes Untersuchungsheft
- wichtige Arztbriefe / Therapiebefunde / Berichte in Kopie
- Schul-/Ausbildungszeugnisse in Kopie
- Namen der bisher eingenommenen Medikamente
- unterschriebene Einverständniserklärung des/der nicht beim Termin anwesenden Sorgeberechtigten zur Behandlung des Kindes /des Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis Dr. med. Katja Wucherer

Einverständniserklärung:

Hiermit erkläre(n) ich (wir) mich (uns) mit der Behandlung meines /unseres

Kindes /Jugendlichen geb.: in der Praxis

für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie von Frau Dr. med. Katja Wucherer einverstanden.

....., den
(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)

.....
(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)

Informationsbogen (Seite 1 von 5)

Wichtige Informationen

Name, Vorname (Kind / Jugendlicher):

Geburtsdatum:

Vorstellungsgrund:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aktueller Aufenthalt

Kind/Jugendlicher wohnt bei:

- beiden Eltern
- einem Elternteil: Vater Mutter

- Regelmäßiger Kontakt zum anderen Elternteil
- neuer Lebenspartner im Haushalt des Vaters
- neuer Lebenspartner im Haushalt der Mutter
- getrennt / geschieden seit

Sorgerecht bei Mutter Vater Eltern anderen

Adoptivfamilie seit

Kind/Jugendlicher über Adoption informiert / nicht informiert

Pflegefamilie / Einrichtung seit

Jugendamt: Kontakt ja, Frau / Herr

Erziehungsbeistandschaft aktuell früher Frau / Herr

Sozialpädagogische Familienhilfe aktuell früher Frau / Herr

Heilpädagogische Tagesstätte aktuell früher

Familie

leibl. Geschwister (Halbgeschwister)

nein ja (Geschlecht, Alter, Schulform, Erkrankungen)

.....

.....

.....

Informationsbogen (Seite 2 von 5)

Informationen zur Mutter

Name:

Geburtsdatum:

Schulabschluss:

Beruf: Teilzeit Vollzeit Schicht

Psychiatrische od. körperl. Erkrankungen in der Fam. mütterlicherseits:

.....

.....

Informationen zum Vater

Name:

Geburtsdatum:

Schulabschluss:

Beruf: Teilzeit Vollzeit Schicht

Psychiatrische od. körperl. Erkrankung in der Fam. väterlicherseits:

.....

.....

Schwangerschaft und Entwicklung

Probleme / neg. Einflüsse während der Schwangerschaft (z.B. Stress Rauchen / Alkohol Komplikationen etc.)

.....

.....

.....

Geburtstermin:

Besonderheit: Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht:

Länge:

Kopfumfang:

Geburtsverlauf: unauffällig auffällig: Kaiserschnitt Nabelschnurumschlingung Sauerstoffmangel

Sonstiges:

Probleme im ersten Lebensjahr (Schreien Füttern Schlafen Klinikaufenthalt)

keine

ja,

Vorsorgeuntersuchungen auffällig / unauffällig

Laufen: normal / auffällig: Monate

Sprache: normal / auffällig: Monate

Informationsbogen (Seite 3 von 5)

- Sauberkeit** (Stuhlgang) sauber tagsüber mit Jahren sauber tags- und nachts mit Jahren
Trockenheit (Urin) trocken tagsüber mit Jahren trocken tags- und nachts mit Jahren
 erneut eingenässt/eingekotet mit Jahren
 bereits beim Urologen untersucht: (Name / Wann):

Diagnosen:

- Allergien:**
 Krankenhausaufenthalte/schwere Erkrankungen od. Unfälle:
Wann?..... Was?..... Dauer?.....
 Belastende Ereignisse seit der Geburt des Kindes/Jugendlichen (z.B: Scheidung, Erkrankung, Erlebnisse etc.)
 Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung (z.B. frühe körperliche Reifung, gleichgeschlechtliche Orientierung)

Kindergartenzeit

- Regelkindergarten**
 Förderkindergarten / SVE
 Integration , wegen

Auffälligkeiten

- starke Trennungsangst** über Monate
 viele Konflikte
 motor. Unruhe
 Sonstiges

Schulzeit

- Grundschule/Förderschule** von Jahre bis Jahre
 Hauptschule / **Realschule /** **Gymnasium /** **Förderschule** von Jahre bis Jahre
 Klassenwiederholung:
 Umschulung:
 aktuell / **früher Nachhilfe** in
 aktuell / **früher Förderkurs für Deutsch / Mathe:**
besondere Probleme im Schreiben Lesen Rechnen

Förderung / Therapie

- Krankengymnastik** von bis Jahren, wegen
 Ergotherapie von bis Jahren, wegen
 Logopädie von bis Jahren, wegen
 Frühförderung von bis Jahren, wegen

Informationsbogen (Seite 4 von 5)

- Erziehungsberatung** von bis Jahren, wegen, bei
- Elternteraining**
- Psychotherapie** von bis Jahren, wegen bei
- Kinder- und Jugendpsychiatrie** (Klinik / ambulant) von bis Jahren, wegen bei

Diagnosen:

Medikation Aktuell: keine ja, (Name)

Dosierung:

Frühere Medikation: keine ja, (Name)

Verhaltensbesonderheiten

Stimmung

auffallende Ängstlichkeit / **Unsicherheit** / **mangelndes Selbstwertgefühl**

Situation:
.....
.....

auffallende Niedergeschlagenheit / **Traurigkeit** / **Verstimmung**

keine

ja
.....
.....(Ursache)

Freunde

ja

wenige/keine(Ursache)

Probleme mit der **Aufmerksamkeit** / **Impulsivität** / **Konzentration vorwiegend**
in **Schule** **Hausaufgabensituation** **Anforderungssituationen** **Konflikten**

„Zwanghaftes“ (immer wiederkehrendes) Verhalten (z.B. Ordnen, Händewaschen) nein

ja

„Tic-ähnliches“ Verhalten (z.B. Zuckungen im Gesicht / mit Körperteilen, Räuspern, Laute) nein

ja

Ungewöhnliches Spielverhalten (z.B. Sonderinteressen)

nein

ja

Informationsbogen (Seite 5 von 5)

Häufig körperliche / evtl. psychosomatische Beschwerden

Kopfschmerzen Bauchschmerzen Übelkeit Schlafen Essen Gewicht nein

ja.....

in / oder vor welchen Situationen:

Besonderheiten im Schlafverhalten / Essverhalten / Gewichtsverhalten nein

ja.....

Medienkonsum pro Tag (durchschnittl. tägl. Stundenzahl)

Fernsehen (Std.) Internet (Std.) Handy /Telefon (Std.)

Spielkonsolen (Std.) PC-Spiele (Std.)

Regelmäßiger Konsum von:

Alkohol Zigaretten sonst. Drogen nein ja

.....(Menge/ Häufigkeit)

Freizeitinteresse /Talent nein ja.....

Eigene wichtige Informationen:

.....

.....

.....

.....

Bereits laufende sozialpsychiatrische Behandlung

Hiermit erkläre ich, dass bei meinem Kind / mir (Pat. ab 18 Jahren) , geb. keine bereits laufende sozialpsychiatrische Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen besteht.

....., den

(Unterschrift Erziehungsberechtigter / Patient ab 18 Jahren)

Ausfallhonorar:

Hiermit verpflichte ich mich, Termine in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. Katja Wucherer, spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder schriftlich abzusagen. Für den Fall, nicht rechtzeitig abgesagt zu haben, verpflichte ich mich, für jeden nicht eingehaltenen Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von 70,00 Euro zu bezahlen. Dieses Ausfallhonorar fällt nicht an, wenn der Termin nachweislich unverschuldet nicht wahrgenommen werden konnte und rechtzeitig abgesagt wurde.

....., den

(Unterschrift Erziehungsberechtigter / Patient ab 18 Jahren)

Schweigepflichtserklärung (Seite 1 von 1)

Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung und zum Einverständnis zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Patient

Name, Vorname (Kind / Jugendlicher):

Geburtsdatum:

Wohnhaft in:

Als Sorgeberechtigte/r des o.g. Kindes entbinde/n ich/wir hiermit die Praxis Dr. Katja Wucherer von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber (bitte ankreuzen und Namen einfügen):

Kinderarzt/-ärztin Herrn/Frau Dr.:

Hausarzt/-ärztin Herrn/Frau Dr.:

Sonstige Ärzte/Arztinnen:

Therapeut/-in:

Klinik/Krankenhaus:

Kindergarten:

Herkunftsschule:

Schule für Kranke:

Jugendamt:

Schulpsychologischen Dienst/Beratungslehrer:

Sonstige Person:

und vorbezeichnete Person/Einrichtung wechselseitig von deren Schweigepflicht gegenüber der Praxis Dr. Katja Wucherer, damit die Praxis

- Vorinformationen und Berichte anfordern und von den o.g. Stellen erhalten darf
- an die genannten Stellen Informationen, Daten und Berichte weitergeben darf, soweit diese für Förder- und Hilfsmaßnahmen benötigt werden.

Ich/wir erkläre/n mich/uns einverstanden, dass die für die Behandlung des Patienten erhobenen Behandlungsdaten und Befunde von der Praxis Dr. Katja Wucherer zum Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und genutzt werden.

Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann/können.

.....
(Name/n des/der Sorgeberechtigten)

....., den

Ort, Datum

.....
(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)