

## 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? (Seite 1 von 1)

- 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 **Anschrift:** .....

**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)