



Kind / Jugendlicher

Name/Vorname

geboren am

Geschlecht

Konfession

Staatsangehörigkeit

Eltern / Sorgeberechtigte

Mutter Name/Vorname

geboren am

Staatsangehörigkeit

Konfession

Beruf / Schulabschluss

Festnetznummer

Mobil-Telefon

E-Mail-Adresse

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Vater Name/Vorname

geboren am

Staatsangehörigkeit

Konfession

Beruf / Schulabschluss

Festnetznummer

Mobil-Telefon

E-Mail-Adresse

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Sorgerecht

Familiensituation

Eltern Mutter allein Vater allein

zusammenlebend getrennt lebend

Folgende Telefonnummer soll für Terminvereinbarungen bevorzugt verwendet werden



Stief- / Pflegeeltern / Sonstige Betreuungspersonen

Name/Vorname

geboren am

Staatsangehörigkeit

Konfession

Beruf / Schulabschluss

Festnetznummer

Mobil-Telefon

E-Mail-Adresse

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geschwister

Ist ein Geschwisterkind bereits als Patient in der Praxis? Wenn ja: Vor- und Nachname des Geschwisterkindes

1. Kind Geburtsjahr

1. Kind Geschlecht

männlich weiblich

1. Kind Verwandtschaftsverhältnis

Geschwister Halbgeschwister Stiefgeschwister

2. Kind Geburtsjahr

2. Kind Geschlecht

männlich weiblich

2. Kind Verwandtschaftsverhältnis

Geschwister Halbgeschwister Stiefgeschwister

3. Kind Geburtsjahr

3. Kind Geschlecht

männlich weiblich

3. Kind Verwandtschaftsverhältnis

Geschwister Halbgeschwister Stiefgeschwister

4. Kind Geburtsjahr

4. Kind Geschlecht

männlich weiblich

4. Kind Verwandtschaftsverhältnis

Geschwister Halbgeschwister Stiefgeschwister

5. Kind Geburtsjahr

5. Kind Geschlecht

männlich weiblich

5. Kind Verwandtschaftsverhältnis

Geschwister Halbgeschwister Stiefgeschwister

Hausarzt

Name des Haus-/Kinderarztes

Straße, Hausnummer des Haus-/Kinderarztes

PLZ, Wohnort



Krankenkasse

Name der Krankenkasse

gesetzlich privat

Schule / Ausbildung

Welche Schule / Klasse bzw. Ausbildung besucht ihr Kind aktuell

Die Vorstellung erfolgt auf Empfehlung von

Name / Vorname / ggfs. Einrichtung

Probleme / Vorstellungsgrund

Schildern Sie bitte kurz die aktuellen Probleme, seit wann bestehen diese?

Untersuchungen / Beratungen

Gab es in der Vorgeschichte bereits andere Untersuchungen / Beratungen (z. B. Klinikambulanzen, niedergelassene Ärzte, Erziehungsberatung, Jugendamt, Gesundheitsamt, schulpsychologischer Dienst)? Wenn ja: wann, wo und warum, Gründe für frühere Untersuchungen/Beratungen?

Befand sich Ihr Kind bereits früher wegen ähnlicher Probleme oder Erkrankungen in ambulanter oder stationärer Behandlung?
Wenn ja: Name der Praxis / Klinik?

Bestehen körperliche Erkrankungen / Allergien bei Ihrem Kind? Wenn ja: welche und seit wann?

Erhält Ihr Kind Medikamente? Wenn ja: welche und seit wann?

Besucht Ihr Kind zurzeit eine Therapie? Wenn ja: welche und seit wann?

Besuchte Ihr Kind früher eine Therapie? Wenn ja: welche und seit wann?



Schwangerschaft / Geburt

Gab es während der Schwangerschaft Probleme? Wenn ja: welche?

Gab es während der Geburt Probleme? Wenn ja: welche?

Geburtsdaten

Entbindung in der

Geburtsgewicht

Größe

APGAR

Gab es nach der Geburt Probleme, wenn ja: welche?

Angaben zur frühkindlichen und kindlichen Entwicklung (Geburt bis 6. Lebensjahr)

Gab es Auffälligkeiten bei der motorische Entwicklung (Krabbeln, Stehen, Laufen)?

nein ja

Gab es Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung?

nein ja

Gab es Auffälligkeiten bei der Sauberkeitsentwicklung?

nein ja

Gab es Auffälligkeiten bei der emotionalen und sozialen Entwicklung?

nein ja

Sonstige Auffälligkeiten



Wichtige Informationen und Einverständniserklärung

Lieber Patient, liebe Eltern,

um einen möglichst geregelten Praxisablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie abschließend, folgende Punkte zu beachten:

1. Die Praxis wird als Bestellpraxis geführt, dadurch entfallen für Sie die üblichen Wartezeiten. Diese Termine werden **ausdrücklich für Sie oder Ihr Kind freigehalten**. Sie werden daher gebeten, die Termine einzuhalten oder rechtzeitig, d.h. mindestens 24 Std. (Mo-Fr) vorher, abzusagen. Bei Erkrankung bitten wir um unverzügliche Benachrichtigung oder Rückfrage. Bei Nichterscheinen zum Termin ohne rechtzeitige Absage muss Ihnen ein **Stundenausfallhonorar von 61,20 €** in Rechnung gestellt werden.
2. **Stellungnahmen** oder Gutachten (z.B. an das Jugendamt) sind **nicht im Leistungskatalog** der Krankenkassen enthalten und müssen daher leider privat in Rechnung gestellt und vor Erstellung per Überweisung, EC oder Bar gezahlt werden.
3. Die Honorarabrechnung für privatärztliche Leistungen erfolgt per **Privatliquidationen** auf der Basis der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0 und 3,5fachem Satz. Die Rechnung nach § 12 GOÄ ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung/Beihilfestelle mit der Rechnungsstellung zur Zahlung fällig. Da derzeit für viele neue oder von der Ausgangsposition inhaltlich erheblich abweichende Leistungen eine Gebührensatz nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen diese durch analoge Bewertungen nach § 6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden. Die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen ist nicht immer gewährleistet. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann.
4. Ich erkläre mich einverstanden bei Bedarf eine **Terminreminder** per E-Mail oder SMS o.ä. zu erhalten.
5. Für den Fall, dass zur **Befunddokumentation** oder internen Qualitätssicherung **Fotos** oder **Videoaufzeichnungen** von meinem Kind/Jugendlichen gemacht werden, bin ich einverstanden.
6. Für eine Terminvergabe muss ein **komplett ausgefüllter Anamnesebogen** online, per Fax oder per Post in unserer Praxis vorliegen.
7. Bitte bringen Sie zum Termin unbedingt folgende Unterlagen mit:
 - a. Sämtliche Schulzeugnisse in **Kopie**
 - b. (falls vorhanden) Testunterlagen / Arztbriefe in **Kopie**
 - c. Gelbes **Untersuchungsheft**
 - d. **Krankenkassenkarte des Kindes**

Einwilligung zum Datenschutz

Ich stimme der Datenschutzerklärung zu.

Einverständniserklärung Elternteil* 1

Die oben genannten Punkte habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Einverständniserklärung Elternteil** 2

Die oben genannten Punkte habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

* kann auch je nach Fall Pflegeeltern oder Vormund betreffen

** im Falle getrennt lebender Eltern bzw. im Falle von geteiltem Sorgerecht



Der Anamnesebogen wurde ausgefüllt von Elternteil* 1 (Vorname Nachname):

Der Anamnesebogen wurde bestätigt von Elternteil** 2 (Vorname Nachname):

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil* 1

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil** 2

* kann auch je nach Fall Pflegeeltern oder Vormund betreffen

** im Falle getrennt lebender Eltern bzw. im Falle von geteiltem Sorgerecht