

Neuaufnahmebogen

Soziale Daten

Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Schule/Ausbildungsstätte (Anschrift, Telefonnummer):

Lehrer/in, Ausbilder/in:

Mögliche Kontaktaufnahme zwischen Praxis und Schule/Ausbildungsstätte erlaubt?

Unterschrift:

Kindesmutter (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Beruf:

Aktuelle Tätigkeit:

arbeitssuchend:

Kindesvater (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Beruf:

Aktuelle Tätigkeit:

arbeitssuchend:

Familiäre Situation:

verheiratet:

geschieden:

getrennt lebend seit:

wenn ja: Lebenspartner/in: der Mutter
des Vaters

Geschwister (leibliche, Halb-, Stiefgeschwister, je Name, Vorname, Geburtsdatum):

Erhebung der medizinischen Daten

Wie verlief die Schwangerschaft?:

gab es Risikofaktoren:

Einnahme von Medikamenten:

Konsum von Nikotin:

Konsum von Alkohol:

bitte wenden

Angaben zur Geburt:

Wo war die Entbindung:

In welcher Schwangerschaftswoche (zum Termin/frühzeitig/verspätet):

Gab es Komplikationen:

Geburtsgewicht:

Geburtsgröße:

Apgarwerte (gelbes Untersuchungsheft):

Zur frühkindlichen Entwicklung:

Kind gestillt: Ja/Nein, wie lange:

Gab es Ernährungsbesonderheiten/ gibt es Allergien:

Speihkind

Wie verlief die Umstellung auf Brei

Guter Esser/schlechter Esser

Zur statomotorischen Entwicklung:

Krabbeln mit Monaten

Sitzen mit Monaten

Laufen mit Monaten

Ergotherapie bereits gelaufen? ja/nein

Zur Sprachentwicklung:

Erste Worte mit Jahren

Kleine 2-3 Wortsätze mit Jahren

Logopädie bereits gelaufen? ja/nein

Zur Sauberkeitserziehung:

Trocken tags mit Jahren, nachts mit Jahren

Einnässen:

Einkoten:

Gab es kindliche Auffälligkeiten:

Verlängertes Daumen lutschen:

Alpträume:

Schlafwandeln:

Nägelkauen:

Andere:

Nuckel ja/nein, vom.....bis.....Lebensjahr

Kinderkrankheiten:

behandelnder Kinderarzt/ Hausarzt:

Röteln:

Windpocken:

Ziegenpeter:

Masern:

Kinderlähmung:

Andere:

Kind ist durchgeimpft:

Allgemeine Krankheiten:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein: ja/nein, wenn ja, welche:

Gab es Krankenhausaufenthalte/Operationen (Erkrankung, Name der Klinik, Zeitraum):
Unfälle/ Schädelhirntraumata:

Zur Sozialisation des Kindes

1. Lebensjahr (wo und von wem betreut):

Kleinkindphase (Krippe, Kita, Tagesmutter, zu Hause)
im Alter von

Schule (Einschulung regelrecht, zurückgestellt, früher)
Schulische Leistungen:
Lieblingsfächer:

Hobbies, Freunde:

Bisherige psychologische/psychiatrische Untersuchungen/ Therapien:

Zuständiges Jugendamt/Bearbeiter:

Bereits Kontakt aufgenommen: ja/nein

Kontaktaufnahme von uns zum Jugendamt erlaubt: ja/nein

Unterschrift:



Werte Patienten und Angehörige

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir gesetzlich dazu berechtigt sind, von Ihnen nicht eingehaltene Termine privat in Rechnung zu stellen. Wir nehmen dafür ein Ausfallhonorar in Höhe von **25,00€** entgegen. Da wir eine Bestellpraxis sind, nehmen Sie anderen Patienten durch eventuelles Nichterscheinen die Chance dringende Termine wahrzunehmen. Deshalb bitten wir Sie um Ihre Mitarbeit, dass Termine rechtzeitig – **spätestens jedoch 24h vorher** – abgesagt werden.

Bitte teilen Sie uns außerdem zu Beginn der Behandlung mit, ob Sie einen schriftlichen Befundbericht für Ihren Eigenbedarf erhalten möchten. Dieser wird von den Kassen nicht übernommen und in unserer Praxis mit 17,43€ vergütet.

Wir bedanken uns bei Ihnen und hoffen auf eine gute Zusammenarbeit!

Praxisteam der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zur Kenntnisgenommen:

Datum:

Sprechzeiten:

Mo 9-12 + 14-16

Di 9-12 + 14-16

Mi 9-12

Do 12-18

Fr 9-12

Termine nur nach Absprache



Erklärung

Werte Eltern, Sorgeberechtigte und Bevollmächtigte,

um eine Doppelbehandlung zu vermeiden, sind Sie verpflichtet, folgende Erklärung wahrheitsgemäß zu unterschreiben.

Hiermit versichere ich, dass sich das hier vorgestellte Kind zum aktuellen Zeitpunkt nicht in einer Behandlung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater, in einer Institutsambulanz oder in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) befindet.

Sollte es während des Behandlungsverlaufes (auch bei späteren Wiedervorstellungen) zu einer Vorstellung in den oben genannten Institutionen kommen, verpflichte ich mich, Sie umgehend zu informieren.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mir bei einer Doppelbehandlung Kosten entstehen können.

Datum:

Unterschrift:

Sprechzeiten:

Mo 9-12 + 14-16

Di 9-12 + 14-16

Mi 9-12

Do 12-18

Fr 9-12

Termine nur nach Absprache