



Anmeldung zur fachärztlichen Untersuchung

Sehr geehrte Eltern/ Sorgeberechtigten,

wir freuen uns sehr, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Wir werden gemeinsam mit Ihnen und Ihrem Kind nach Lösungen suchen und Sie bei Ihren Anliegen bestmöglich unterstützen.

Anbei finden Sie den Anmeldebogen zur Vorbereitung auf das Erstgespräch in unserer Praxis. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich von unserem Praxisteam behandelt.

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen so gut wie möglich aus, durch Ihre Informationen können wir das weitere Vorgehen planen.

Auch bitten wir Sie die Eiverständniserklärung und die Schweigepflichtentbindung zu unterschreiben.

Die Erstvorstellung erfordert einige Zeit, die wir uns gerne für Ihre Familie nehmen. Wir bitten Sie deshalb um Verständnis, dass wir auch unsere Honorarausfallvereinbarung anfügen.

Die Angaben zur Privatversicherung dienen bereits jetzt für Sie als Information. Der Termin wird nach Eingang des Anmeldebogens und Dringlichkeit des Falles vergeben. Wir werden uns zeitnah bei Ihnen melden und eine Terminvereinbarung vornehmen.

Bitte legen Sie dem Anmeldebogen bereits vorab in Kopie das gelbe Kinder-Untersuchungsheft (U-Heft), den Impfausweis, alle Schulzeugnisse sowie relevante psychologische und medizinische Vorbefunde bei. Alternativ können Sie die Dokumente auch in Kopie zum Erstvorstellungstermin mitbringen.

Vielen Dank für Ihr Bemühen!

Mit freundlichen Grüßen, Doctor-medic Duca und Team



Anamnesefragebogen

Kind

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Mutter

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Vater

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Krankenkasse des Kindes:

.....

Privat Beihilfe Selbstzahler

Bei wem ist das Kind mitversichert?

Mutter Vater selbst



Name, Adresse vom Kinderarzt:

.....

Name, Adresse vom Hausarzt:

.....

1. Vorstellungsanlass und aktuelle Symptomatik, Grund der aktuellen fachärztlichen Untersuchung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Sorgen und Probleme Ihres Kindes möchten Sie geklärt haben?

.....

.....

Seit wann bestehen diese Störungen?

Welche Hilfen erwarten Sie? Auf wessen Empfehlung hin haben Sie sich bei uns angemeldet?

.....

.....

2. Eigenanamnese

2.1 Schwangerschaft

Gab es folgende Komplikationen in der Schwangerschaft mit dem Kind:

Blutungen nein ja

Infektionen nein ja

Schweres Erbrechen nein ja

Unfälle, Operationen nein ja

Bluthochdruck nein ja

Seelische Belastungen nein ja

Vorzeitige Wehen nein ja



Alkoholkonsum	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Zigarettenkonsum	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Andere Drogen	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Medikamente	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente in der Schwangerschaft, welche Dosis?

.....

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?

ja

nein Wochen früher /Wochen später

2.2 Geburt

Wo erfolgte die Geburt?

Krankenhaus Hausgeburt Sonstige

Gab es bei der Geburt folgende Komplikationen?

Störungen der kindlichen Herztöne? nein ja

Kaiserschnitt nein ja

Beckenendlage nein ja

Saugglocke nein ja

Mehrlingsgeburt nein ja

Zange nein ja

Grünes Fruchtwasser nein ja

Besonders lange Geburt? Sonstige Komplikationen?

.....

Geburtsgewicht:g

Geburtsgröße:cm

Kopfumfang:cm

Apgarwerte im gelben U-Heft?

.....

2.3 Zur Neugeborenenzeit

Auffällig blasse/blau Farbe nein ja

Gelbe Farbe nein ja

Beatmung notwendig nein ja



Phototherapie im Krankenhaus notwendig nein ja

Klinikaufenthalt notwendig nein ja

Wo?

Wie lange?

Sonstige Erkrankungen? nein ja, welche?

Wie lange wurde das Kind gestillt?

Trinkschwierigkeiten nein ja

Anfälle nein ja

Häufiges Spucken nein ja

Auffallende Unruhe nein ja

Auffallende Bewegungsarmut nein ja

Schreckhaftigkeit nein ja

Schlafprobleme nein ja

Häufiges Schreien nein ja

2.4 Entwicklung des Kindes

Motorisch: Selbstständiges Sitzen mitMonaten
Krabbeln mitMonaten
Selbstständiges Gehen mitMonaten

Sprache: Erstes Wort mitMonaten
Zwei-Wort-Sätze mitMonaten
Drei-Wort-Sätze mitMonaten
Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen?
.....
Muttersprache?

Tagsüber trocken mit Jahren
Nachts trocken mit Jahren
Tagsüber sauber mit Jahren
Nachts sauber mit Jahren

Besonderheiten und auffälliges Verhalten in der Entwicklung, z. B.
Daumenlutschen, Nägelkauen, Einnässen:

.....



Hat das Kind eine schulvorbereitende Einrichtung besucht?

nein ja Welche?

Welche Schulwechsel hat das Kind bereits mitgemacht? Wurden
Schulklassen wiederholt?

Wurde zeitweilig eine Förderschule besucht? Mit welchem
Schwerpunkt? In welchem Zeitraum?

Probleme in der Schule? nein ja

Welche?

Verhaltensauffälligkeiten in der Schule? nein ja

Welche?

Bitte aktuellen Ansprechpartner in der Schule, aktuelle Klasse, sowie
aktuelle Schule angeben.

.....
.....

2.8 Medizinisch/ therapeutische Anamnese

Aktuelle Körpergröße Kindcm

Aktuelles Körpergewicht Kindkg

Gab es in der Vorgeschichte bei dem Kind besondere Erkrankungen,
Unfälle, Operationen, Anfallsleiden? nein ja

Wenn ja, welche? Bitte mit Jahreszahl angeben.

.....
.....

Hat das Kind bereits spezielle Förderung erhalten?

Krankengymnastik nach Bobath nein ja

Krankengymnastik nach Vojta nein ja

Pädagogische Frühförderung nein ja



- | | | | | |
|-----------------|------|--------------------------|----|--------------------------|
| Ergotherapie | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| Heilpädagogik | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| Logopädie | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| Schulbegleitung | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |

Falls eine speziellere Förderung stattgefunden hat, bitte jeweils behandelnde/ n Therapeut*in mit Adresse und Telefon-Nr. angeben.

.....
.....

Befindet sich das Kind aktuell in einer speziellen Förderung?

.....

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind noch in einer zusätzlichen Betreuung bei einem/ r Arzt/ Ärztin, Psycholog*in oder einer Beratungsstelle? Bei wem?

.....

2.9 Suchtanamnese

Wurde bereits eine der folgenden Substanzen von Ihrem Kind eingenommen?

- | | | | | |
|---------------|------|--------------------------|----|--------------------------|
| Alkohol | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| Nikotin | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| Cannabis | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| Andere Drogen | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche? Wann das erste Mal? Über welchen Zeitraum? Welche Menge und Häufigkeit maximal? Aktuell in welcher Menge?

.....
.....
.....

Erhöhter Medienkonsum? nein ja

Wenn ja, welche Medien? Wie viele Stunden am Tag? Wie viele Stunden in der Woche?

.....



Maßnahmen zur Reduktion des Medienkonsums?

.....
.....

Werden andere Lebensbereiche Zugunsten des Medienkonsums vernachlässigt? (Hygiene, Schule, Freunde, Hobbies, Familie)

.....

3.0 Familienanamnese

Geburtsjahr, Beruf und Nationalität der Mutter:

.....

Selbständig, in Teilzeit oder in Vollzeit beschäftigt:

Geburtsjahr, Beruf und Nationalität des Vaters:

.....

Selbständig, in Teilzeit oder in Vollzeit beschäftigt:

Familienstand der leiblichen Eltern:seit.....

Wie ist die Stimmung zu Hause?

Bei getrennten Eltern, welches Wechselmodell?

Gibt es Stiefeltern?

Name, Geburtsdatum, Beruf und Nationalität der Stiefmutter:

.....

Name, Geburtsdatum, Beruf und Nationalität des Stiefvaters:

.....

Geschwister des Kindes:

Name:

Geboren:

Wo geboren:

Schultyp/Schulklasse:

Drei beschreibende Charakterzüge:

Beziehung zwischen den Geschwistern:



Geschwister des Kindes:

Name:

Geboren:

Wo geboren:

Schultyp/Schulklasse:

Drei beschreibende Charakterzüge:

Beziehung zwischen den Geschwistern:

Geschwister des Kindes:

Name:

Geboren:

Wo geboren:

Schultyp/Schulklasse:

Drei beschreibende Charakterzüge:

Beziehung zwischen den Geschwistern:

Geschwister des Kindes:

Name:

Geboren:

Wo geboren:

Schultyp/Schulklasse:

Drei beschreibende Charakterzüge:

Beziehung zwischen den Geschwistern:

Stiefgeschwister des Kindes:

Name:

Geboren:

Wo geboren:

Schultyp/Schulklasse:

Stiefgeschwister des Kindes:

Name:

Geboren:

Wo geboren:



4.0 Weitere Ergänzungen:

.....
.....
.....
.....

Ort/ Datum

.....
Unterschrift (gesetzliche/r Vertreter/in)



Einverständniserklärung

Wer hat das Sorgerecht:

Beide Eltern Mutter Vater Andere

Bei wem lebt das Kind:

Beide Eltern Mutter Vater Andere

Als Inhaber der elterlichen Sorge für

.....
Name, Vorname Patient*in

Geb. Datum

.....
Adresse

Im Rahmen der Behandlung/ Diagnostizierung können auch Fotos oder Videoaufnahmen vom o. g. Kind in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Münchner Freiheit zur alleinigen Verwendung in der Praxis erstellt werden. Damit bin ich einverstanden.

JA.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung und Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Münchner Freiheit kann bei gemeinsamem Sorgerecht nur mit Wissen und Einverständnis beider Elternteile erfolgen. Ich/ wir sind mit der Diagnostik und Behandlung ausdrücklich einverstanden. Als getrenntlebende Eltern verpflichten wir uns dazu, uns jeweils gegenseitig über die mit nur einem Elternteil geführten Absprachen/ Aufklärungen zu benachrichtigen.

JA.

Ort/ Datum/ Unterschrift der Sorgeberechtigten:.....

Unterschrift

München, der

.....
Unterschrift

(Sollten beide Eltern das Sorgerecht haben, müssen auch beide Eltern unterschreiben)



Schweigepflichtsentbindung

Der/ die Unterzeichnenden erklären sich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Münchner Freiheit, Leopoldstraße 102, 80802 München, Informationen über

.....
Name, Vorname des /der Patienten Geb. Datum

.....
Adresse

von folgenden Stellen einholen, bzw. Unterlagen anfordern (Akte, Berichte, Untersuchungsergebnisse) bzw. Kontakt aufnimmt zu

- | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------|
| Kinderarzt/ Ärztin | <input type="checkbox"/> | Name, Ort |
| Jugendamt | <input type="checkbox"/> | Name, Ort |
| Kindergarten | <input type="checkbox"/> | Name, Ort |
| Therapeut*innen | <input type="checkbox"/> | Name, Ort |
| Schule | <input type="checkbox"/> | Name, Ort |
| ASD | <input type="checkbox"/> | Name, Ort |
| | <input type="checkbox"/> | Name, Ort |

Der/ die Unterzeichnenden entbinden die Mitarbeiter der genannten Stellen von der gegenseitigen Schweigepflicht gegenüber der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Münchner Freiheit. Ihnen ist bekannt, dass alle Informationen und Unterlagen streng vertraulich behandelt werden. Genauso werden die Mitarbeiter der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Münchner Freiheit von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber den Mitgliedern in der Praxis sowie den angegebenen Stellen entbunden.

Name/ Vorname der/ des Unterzeichnenden

Anschrift

Rechtliche Beziehung zum Patienten

Ort/ Datum
Unterschrift (gesetzliche/r Vertreter/in)

Ort/ Datum
Unterschrift (gesetzliche/r Vertreter/in)

(Sollten beide Eltern das Sorgerecht haben, müssen auch beide Eltern unterschreiben)



Honorarausfallvereinbarung

Jede/ r Patient*in wird für seinen Behandlungstermin einbestellt. Ihr Termin wird für Sie planbar und Wartezeiten in der Praxis minimieren sich. Diese Methode einer Bestellpraxis stellt sicher, dass die ärztlich- therapeutischen Gespräche in einer ungestörten und konzentrierten Atmosphäre ablaufen können.

Der/ die Patient*in verpflichtet sich, die fest ausgemachten Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen und bei Verhinderung rechtzeitig, d. h. **24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin, abzusagen. Dazu genügt eine schriftliche oder telefonische Absage, auch auf dem Anrufbeantworter.

Im Falle einer kurzfristigen Erkrankung wird kein Bereitstellungshonorar verlangt. Die Erkrankung ist jedoch durch ein ärztliches Attest zu bestätigen.

Bei nicht rechtzeitiger Absage – auch für eine Erstvorstellung (Dauer ca. 2-3 Stunden) - wird ein Bereitstellungshonorar in Höhe von

€ 200,- für die Erstvorstellung und

€ 140,- für Folgetermine

in Rechnung gestellt. Dieses ist von Ihnen selbst zu tragen und wird nicht vom Versicherungsträger rückerstattet.

Diese Regelung zum Honorarausfall gilt sowohl für privat Versicherte als auch für Selbstzahler.

.....
Ort/ Datum

.....
Unterschrift (Sorgeberechtigte/r)

.....
Ort/ Datum

.....
Unterschrift (Sorgeberechtigte/r)

(Sollten beide Eltern das Sorgerecht haben, müssen auch beide Eltern unterschreiben)



Angaben für die Abrechnung

Die Anmeldung der mit uns kooperierenden professionellen Abrechnungsfirma für Privatversicherte und Selbstzahler können Sie zum ersten Termin in die Praxis mitbringen oder Sie füllen die Anmeldung direkt bei uns aus.

Anmeldung für Privatpatienten

..... Name Rechnungsempfänger/in	..... Vorname	..... Geburtsdatum
..... Behandelte Person	..... Vorname	..... Geburtsdatum
..... Mutter des Kindes/Erziehungsberechtigte (ggf. i. V.)	..... Vater des Kindes/Erziehungsberechtigter (ggf. i. V.)	..... Telefon
..... PLZ/Ort	..... Straße/Hausnummer	..... Krankenversicherung/Standard-/Basistarif

Befreiung von der Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich befreie hiermit meine/n (zahn-)ärztliche/n bzw. therapeutische/n Behandler/in für diese und künftige Behandlungen von dessen/deren beruflicher Verschwiegenheitsverpflichtung und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) an Medas factoring GmbH, Messerschmittstr. 4, 80992 München, Tel.: 089 143 100 (im Folgenden „Medas“), einverstanden. Mir ist bewusst, dass es sich bei den Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO handelt. Medas ist Auftragsverarbeiter nach Art. 28 DSGVO. Der Behandler ist datenschutzrechtlich Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf von bestehenden Aufbewahrungsfristen.

Ich erkläre mein Einverständnis zu einer Abtretung der Vergütungsansprüche aus der Tätigkeit meiner Behandler/innen an Medas zu einer Rechnungsstellung durch Medas.

Diese Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

..... Ort/Datum	..... Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. des/der Zahlungspflichtigen
..... Unterschrift Mutter des Kindes/Erziehungsberechtigte (ggf. i. V.)	..... Unterschrift Vater des Kindes/Erziehungsberechtigter (ggf. i. V.)

