

Personal- und Anamnesebogen

Patient*in

Datum _____

Name Patient*in _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w d

Anschrift _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Schulform und Klasse _____

Sorgerecht liegt bei _____

Geschwister _____

Krankenkasse

Krankenversicherung (Kind/Jugendliche/r) _____ gesetzlich privat

Versicherungsnr. (Kind/Jugendliche/r) _____ d. Hauptversicherten _____

Adresse der Krankenversicherung _____

Name und Adresse von Kinder-/Hausarzt _____

Mit der Übermittlung des Berichtes an den zuweisenden Arzt bin ich einverstanden: ja nein

Kurze Information zum Vorstellungsgrund _____

leibliche Mutter

Name _____
Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____
ggf. abweichende Adresse _____
Telefon _____ Konfession _____
Schulabschluss _____ Beruf _____

Stief-/Adoptiv-/Pflegemutter

Name _____
Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____
ggf. abweichende Adresse _____
Telefon _____ Konfession _____
Schulabschluss _____ Beruf _____

leiblicher Vater

Name _____
Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____
ggf. abweichende Adresse _____
Telefon _____ Konfession _____
Schulabschluss _____ Beruf _____

Stief-/Adoptiv-/Pflegevater

Name _____
Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____
ggf. abweichende Adresse _____
Telefon _____ Konfession _____
Schulabschluss _____ Beruf _____

Psychiatrische und neurolog. Erkrankungen _____
in der Familie (wie z. B. Depressionen, Ängste, ADHS, Abhängigkeitserkrankungen, Epilepsie, etc.)

Wurde mit dem Kind/Jugendlichen schon einmal eine andere Stelle aufgesucht (Erziehungsberatung, Arzt, Heilpraktiker, psychologische Praxis, Klinik, o.ä.) - ist Ihr Kind aktuell noch in Behandlung?

Wenn ja: wann und wo? _____

Schwangerschaft

Gab es Besonderheiten? _____

Medikamente? nein ja, welche: _____

Einnahme von Nikotin, Alkohol, Drogen? nein ja

Geburt

Geburtsart spontan Kaiserschnitt Schwangerschaftswoche _____

Gab es Auffälligkeiten bei der Geburt? nein ja, welche: _____

Gewicht _____ g Größe _____ cm Kopfumfang _____ cm

Apgar / /

Frühkindliche Entwicklung

Motorik unauffällig auffällig: _____

Sprache unauffällig auffällig: _____

Sauberkeitsentwicklung unauffällig auffällig: _____

Wer betreute das Kind überwiegend im 1. Jahr? _____

Besonderheiten im 1. Lebensjahr? nein ja, welche: _____

Kleinkindalter

(Verhaltens-)Auffälligkeiten bis zum 3. Jahr? nein ja, welche: _____

Auffälligkeiten Betreuung U3 nein ja, welche: _____
(z.B. Krippe, Tagesmutter)

Kindergartenzeit

Auffälligkeiten/Wechsel der Einrichtung? nein ja, welche: _____

Besuchte Ihr Kind eine Vorschule? nein ja

Schulbesuch

Einschulung im Alter von _____ Jahren

von _____ bis _____ Schule/Ort _____

von _____ bis _____ Schule/Ort _____

von _____ bis _____ Schule/Ort _____

von _____ bis _____ Schule/Ort _____

Auffälligkeiten in Schule? nein ja, welche: _____

Gab es einen unplanmäßigen Schulwechsel _____

Wurden Klassen wiederholt? _____

Hobbys und Interessen _____

Somatische Vorerkrankungen, _____
Allergien, Unfälle, Operationen _____

Medikamenteneinnahme (z.B. die Pille) _____

Konsumiert ihr Kind/Jugendlicher Nikotin, _____
Alkohol, Drogen? _____

Der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig bis zu der vorgenannten Frist oder kann der Termin wegen zu großer Verspätung nicht mehr durchgeführt werden, stellen wir dem Patienten die ausgefallene Stunde, entsprechend GOÄ/EBM, als Ausfallhonorar privat in Rechnung. Die Kosten übernimmt in diesem Fall nicht die Krankenversicherung. Falls der Termin anderweitig vergeben werden kann, entfällt das Ausfallhonorar.

Datenschutz: Die Daten, die Sie uns zusenden, geben wir nicht an Dritte weiter und verwenden wir nur für den vorgesehenen Zweck und werden entsprechend den jeweils geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes, des Teledienst Datenschutzes und des Telekommunikationsgesetzes zum Schutz personenbezogener Daten genutzt. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb unserer Praxis findet nicht statt. Im Anhang finden sie unsere Datenschutzerklärung, wir bitten Sie, diese aufmerksam zu lesen.

Ja, ich habe den Datenschutzhinweis (im Anhang) gelesen und akzeptiere diesen hiermit.

Ich erkläre mich mit der Untersuchung und Behandlung in der Sozialpsychiatrischen Praxis für Kinder und Jugendliche Brendel&Strehl einverstanden.

Datum, Unterschrift (Sorgeberechtigter): _____

Email-Korrespondenz

zwischen Name ,Anschrift der/des Patient*in: _____

und den Mitarbeitern der Sozialpsychiatrischen Praxis für Kinder und Jugendliche Brendel&Strehl Sonnemannstraße 3, 60314 Frankfurt/M.

Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, sodass entsprechende Korrespondenz ausschließlich durch Postversand erfolgen kann, wenn nicht eine ausschließliche schriftliche Einwilligung durch den Patienten erteilt wird.

Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz Ich bin mit der Korrespondenz per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können.

Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzl. Vertreter*in) _____