

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie - Sozialpsychiatrie
Dr. med. Karan Amirpour
Jenny Fieger - Dr. med. Swantje Berndt-Rüffer
Wolfgang Schroeder

Küchenstr. 10, 38100 Braunschweig
Telefon (0531) 2889966 FAX (0531) 28899670
MAIL@PRAXIS-AMIRPOUR.DE

Liebe Eltern,

Ihr Kind hat am um Uhr einen Termin in unserer Praxis.

Das Erstgespräch findet statt bei:

- Herrn Dr. Amirpour**
- Frau Fieger**
- Frau Dr. Berndt-Rüffer**
- Herrn Schroeder**

Um einen möglichst umfassenden Überblick von Ihrem Kind und Ihrem Anliegen zu bekommen, bitten wir Sie auf beiliegendem Fragebogen um einige Angaben. Sollte Ihnen bei der Beantwortung folgender Fragen etwas unklar sein, stehen wir gerne für Rückfragen zur Verfügung. Alle Ihre Angaben unterliegen natürlich der Schweigepflicht.

Sollte sich Ihr Kind zur Zeit in einer laufenden sozialpsychiatrischen Behandlung befinden, beachten Sie bitte, dass eine Behandlung hier erst nach Beendigung dort stattfinden kann.

Bitte bringen Sie den beiliegenden Fragebogen, die Gesundheitskarte (Krankenkassenkarte) sowie vorhandene Befunde und Berichte, das U-Heft und alle Schulzeugnisse zum Erstgespräch mit!

Absagen sollten bis 48 Stunden vor Beginn des Termins erfolgen. Bei späteren Absagen oder nicht wahrgenommenen Terminen müssen wir eine Gebühr von Euro 20,- erheben. Dieses gilt auch für den Fall, dass Ihr Kind plötzlich erkrankt. Diese Gebühr ersetzt einen Teil des Einnahmeverlustes.

Um Unstimmigkeiten über die vereinbarten Termine zu vermeiden, heben Sie diesen Terminzettel bitte auf.

Alle Termine in der Praxis finden mit Ihrem Kind statt!

Mit freundlichen Grüßen

Das Praxisteam

Befindet sich Ihr Kind zur Zeit in einer laufenden sozialpsychiatrischen Behandlung.

ja nein

1. ALLGEMEINE ANGABEN:

Patient:

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Tel.-Nr.:

Adresse:

Hausarzt / Kinderarzt:

Eltern: Mutter: Vater:

Name:

Adresse:

Mobile Nr.:

Alter:

Schulabschluss:

Beruf:

Aktuelle Tätigkeit:

Sorgerecht: Eltern gemeinsam Mutter Vater

Geschwister:

Name	Alter	Kindergarten / Schule	Verwandschaftsverhältnis		
			Leibl.	Halb	Stief
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei besonderer Familiensituation:

Bisher in Anspruch genommene Hilfen:

- Allein erziehender Elternteil
- Zusammengesetzte Familie.....
- Eltern getrennt lebend
- Eltern geschieden
- Pflegeverhältnis
- Wohngruppe
- Adoption
- Kinder-Jugendpsychiater
- Psychotherapie
- Sprachtherapie
- Ergotherapie
- Erziehungsberatung / Jugendberatung
- Jugendamt / Jugendhilfe
- Sonstiges

Weitere im Haushalt des Kindes lebende Personen:

.....

Familiäre Belastungen (aktuelle Belastungen, besondere Lebenssituation, seelische und

körperliche Erkrankungen.):.....

.....

2. VORSTELLUNGSGRUND / ANLIEGEN

.....

Bitte wenden!

3. ENTWICKLUNG

Schwangerschaft: Komplikationen: ja nein

ja, welche:

Geburt: Komplikationen:

ja nein

ja, welche:

Erste Worte: Monate

Freies Laufen: Monate

Sauberkeit: Monate

Spielverhalten:

Kontakt zu Kindern:

Kontakt zu Erwachs.:

Schlafverhalten:

Vorerkrankungen:

Medikamente:

Klinikaufenthalte: von bis

..... von bis

..... von bis

4. BILDUNG

Kindergarten: von bis

Spielverhalten:

Sozialverhalten:

Schule / Ausbildung:

Grundschule: von bis

Schulwechsel: Klassenwiederholung:

Weiterführende Schule: von bis

Schulform:

Schulwechsel: Klassenwiederholung:

Ausbildung:

5. HOBBYS:.....

6. MEDIENKONSUM:

Welche Medien (z.B. Fernseher, Computer) werden konsumiert? Wieviele Stunden jeweils pro Tag?

.....

Dauer des täglichen Medienkonsums insgesamt:

Eigener Fernseher im Zimmer: ja nein

7. Vertrauliche Informationen: (von denen Ihre Tochter / Ihr Sohn keine Kenntnis hat bzw. nichts erfahren soll)

.....

.....

Praxis Amirpour - Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. med. Karan Amirpour - Jennifer Fieger - Dr. med. Swantje Berndt-Rüffer -
Wolfgang Schroeder

Küchenstr. 10
38100 Braunschweig
Tel.: 0531 - 288 99 66
Fax: 0531 - 288 99 670

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis/ Datenschutzerklärung (gemäß DS-GVO)

1. Behandlungsverhältnis

Hiermit erkläre ich mich/wir uns mit der Diagnostik und der Therapie meines/unsere Tochter _____ in der Praxis Amirpour einverstanden (der unterschreibende Elternteil versichert, mit Einverständnis des anderen sorgeberechtigten Elternteils zu handeln oder das alleinige Sorgerecht zu haben).

2. Datenübermittlung und Schweigepflichtentbindung

Hiermit willige ich (Erziehungsberechtigte-r / Sorgeberechtigte-r),

Name: _____ geb. am: _____

ein, dass Daten über die Behandlung bei **Praxis Amirpour, Küchenstr. 10, 38100 Braunschweig** an/bei die/den nachfolgend benannten Ärzten, Therapeuten und sonstigen Kooperationspartner (Schulen, Jugendamt, etc.)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

angefordert und weitergegeben werden dürfen. Damit entbinde ich die aufgeführten Parteien gegenseitig von der Schweigepflicht.

Ich möchte keine Kontaktaufnahme und Übersendung ärztlicher Befunde an Kooperationspartner (Bitte trotzdem Unterschrift bei Punkt 6)

3. Kontaktaufnahme/ Kommunikation

Ich bin damit einverstanden, dass mir Nachrichten per Brief, telefonisch, telefonisch auf dem Anrufbeantworter, per Mail oder Fax übermittelt werden dürfen hinterlassen werden dürfen (nicht zutreffendes bitte durchstreichen).

-bitte wenden-

4. Rezepte und Befunde dürfen auch von folgenden Personen abgeholt werden:

Vor- und Nachname: _____ Vor- und Nachname: _____

5. Erklärung über die Kostenbeteiligung bei Ausfall

Hiermit verpflichte ich mich, Termine in der Praxis Amirpour, die ich nicht wahrnehmen kann, spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder schriftlich abzusagen. Für den Fall, nicht rechtzeitig absagen zu können (z.B. bei kurzfristiger Erkrankung), werde ich für jeden nicht eingehaltenen Termin eine Kostenbeteiligung in Höhe von 20,00 € bezahlen.

6. Unterschriften

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis Amirpour nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Datum Sorgeberechtigte/r

Ab 14. Lebensjahr Unterschrift der Jugendlichen/ des Jugendlichen:

Datum Jugendliche/ Jugendlicher

Vielen Dank!