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:

O **Herrn Dr. Amirpour** O **Frau Fieger**

O **Frau Dr. Berndt-Rüffer** O **Herrn Schroeder**

Die vollständig ausgefüllten Fragebögen (Anamnesebogen & Datenschutzverordnung) senden Sie uns bitte vorab, per Mail, Fax oder Post

bis spätesten_____ zu.

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.

Die *Gesundheitskarte* (Krankenkassenkarte) sowie vorhandene Befunde und Berichte, das U-Heft und alle Schulzeugnisse bringen Sie bitte 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 30,- 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.
O ja O 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: O Eltern gemeinsam O Mutter O Vater O .....

Geschwister:

Name	Alter	Kindergarten / Schule	Verwandschaftsverhältnis Leibl.	Halb	Stief
			O	O	O
			O	O	O
			O	O	O
			O	O	O

Bei besonderer Familiensituation:

O Allein erziehender Elternteil .....
O Zusammengesetzte Familie.....
O Eltern getrennt lebend .....
O Eltern geschieden .....
O Pflegeverhältnis .....
O Wohngruppe .....
O Adoption .....

Bisher in Anspruch genommene Hilfen:

O Kinder-Jugendpsychiater
O Psychotherapie
O Sprachtherapie
O Ergotherapie
O Erziehungsberatung / Jugendberatung
O Jugendamt / Jugendhilfe
O 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: O nein
O ja, welche: .....

Geburt: Komplikationen: O nein
O 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: O ja O 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/unseres Sohnes, meiner/unserer Tochter _____ in der Praxis Amirpour einverstanden (der unterschreibende Elternteil versichert, mit Einverständnis des anderen Elternteils zu handeln, bzw. das alleinige Sorgerecht inne zu haben).

2. Datenübermittlung und Schweigepflichtsentbindung

Hiermit willige ich,

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.

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

3. Kontaktaufnahme/ Kommunikation

Ich bin des Weiteren damit einverstanden, dass:

O mir Nachrichten 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 Ausfallhonorar

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 abgesagt zu haben, verpflichte ich mich, für jeden nicht eingehaltenen Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von 30,00 € zu 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 Sorgeberchtigte/r

Ab 14. Lebensjahr **ZUSÄTZLICH** Unterschrift Jugendlicher/ Jugendliche:

_____ _____

Datum Jugendlicher/ Jugendliche

Vielen Dank!