



## Anmeldebogen

Liebe Eltern und Angehörige,

für die Behandlung ist es hilfreich, den Fragebogen ausgefüllt zum Erstgesprächstermin mitzubringen. Ich werde mit Ihnen und Ihrem Kind den Fragebogen besprechen. Die notwendige Diagnostik und Therapie wird gemeinsam geplant und dann von mir eingeleitet. Wir behandeln selbstverständlich alle Informationen streng und vertraulich im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht und geben sie nur mit Ihrem Einverständnis weiter.

Wenn Sie es einrichten können, sollten beide sorgeberechtigten Eltern das Kind zu den Gesprächen begleiten. **Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht ist die schriftliche Einverständniserklärung beider Eltern Voraussetzung für die Diagnostik und Behandlung des Kindes.** Bringen Sie bitte das gelbe Untersuchungsheft des Kindes, vorhandene Berichte anderer Institutionen, Schulzeugnisse, etc. mit.

**Bitte bringen Sie zum ersten Termin und in jedem Quartal die GKV Ihres Kindes mit, ansonsten sind wir mit Ihrer Unterschrift auf Seite 4 berechtigt, für unsere erfolgten Leistungen eine Rechnung nach GOÄ auszustellen.**

Entsprechend bestätigen Sie als Privatpatient:innen, dass wir berechtigt sind, Ihnen für unsere erfolgten Leistungen eine Rechnung nach GOÄ auszustellen.

**Besteht bis zum Behandlungsbeginn eine akute Gefahr (z.B.: durch Suizidalität) wenden Sie den Ärztlichen Bereitschaftsdienst Tel: 116 117**

Ausgefüllt am (Datum): \_\_\_\_\_

Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Mailadresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

1. Welche Probleme führen zur Vorstellung bei mir? (zu Hause, in Kindergarten / Schule, anderen Ortes)

2. Welche Erwartungen haben Sie an eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung?

Dateiname:	1.1.5 (1)_DOK_Elternfragebogen_0.1		
Seite:	1 von 1		
erstellt:	Schmidt-Troschke	am:	03.02.2020
Geprüft und freigegeben	Schmidt-Troschke	am:	03.02.2020

3. Wer hat eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung vorgeschlagen?

4. Was sind die Stärken Ihres Kindes?

5. Wie sehen Sie Ihr Kind? Bitte charakterisieren Sie wesentliche Eigenschaften Ihres Kindes

6. Gibt es aktuell körperliche Erkrankungen?

7. Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

8. Wurde das Kind schon einmal bei einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychotherapeuten bzw. in einer entsprechenden Klinik vorgestellt?

nein

Wenn ja, ambulant (ggf. wo?) \_\_\_\_\_

Wenn ja, stationär (ggf. wo?) \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie evtl. vorhandene Arztbriefe bitte mit.

9. War oder ist Ihr Kind in ergotherapeutischer, logopädischer, krankengymnastischer oder anderer therapeutischer Behandlung? Wenn ja, wo und bis wann? (ggf. bitte Vorbefunde und Berichte mitbringen)

10. Gibt es nennenswerte Vorerkrankungen?

11. Gab es Probleme in der Schwangerschaft, während der Geburt, bei der Säuglings- und Kleinkindentwicklung? Wenn ja, bitte stellen Sie das kurz dar:

12. Leidet ein Familienmitglied an einer schweren chronischen oder einer psychischen Erkrankung?

Dateiname:	1.1.5 (1)_DOK_Elternfragebogen_0.1		
Seite:	1 von 1		
erstellt:	Schmidt-Troschke	am:	03.02.2020
Geprüft und freigegeben	Schmidt-Troschke	am:	03.02.2020

13. Die Eltern des Kindes .....

sind verheiratet / leben zusammen / sind getrennt seit \_\_\_\_\_

sind geschieden seit \_\_\_\_\_ ein Elternteil ist verstorben seit \_\_\_\_\_

Sorgerecht: \_\_\_\_\_

Abweichende Anschrift bei getrennten Eltern: \_\_\_\_\_

Name u. Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum der Mutter: \_\_\_\_\_

Name und Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Vaters: \_\_\_\_\_

Geschwister (Name und  
Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

14. Das Kind...

ist ein Pflege - oder Adoptivkind  lebt in folgender Einrichtung: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

LehrerIn: \_\_\_\_\_

Jugendamt: \_\_\_\_\_

Dateiname:	1.1.5 (1)_DOK_Elternfragebogen_0.1		
Seite:	1 von 1		
erstellt:	Schmidt-Troschke	am:	03.02.2020
Geprüft und freigegeben	Schmidt-Troschke	am:	03.02.2020



CLAUDIA SCHMIDT-TROSCHKE  
 Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
 -und Psychotherapie

**Name, Vorname des Kindes:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

**Einverständnis zur Behandlung:** Mir/ uns ist bekannt, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis **aller** Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der/ die Unterzeichnende/n versichern hiermit, dass alle Sorgeberechtigte informiert wurden und mit der hier geplanten Diagnostik und Therapie einverstanden sind. **Die Bedingungen zur Abrechnung der Leistungen auf Seite 1 habe ich/ haben wir zur Kenntnis genommen und sind damit einverstanden**

\_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum Unterschrift aller Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum Unterschrift aller Sorgeberechtigten

**Ausfallgebühr:**

Wir nehmen uns Zeit um eine sorgfältige Diagnostik und Behandlung zu ermöglichen. Wenn ein Termin nicht zeitig abgesagt wird, können wir diese Zeit nicht mehr für andere Patient:innen anbieten. Daher werden bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen (spätestens 24 Stunden vorher) Ausfallgebühren von 50,00 € in Rechnung gestellt.

Wir sind mit der o.g. Bedingung einverstanden

\_\_\_\_\_  
 Namen und Unterschriften der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

Claudia Schmidt-Troschke - Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
 Birkenwerderstr. 2a, 16567 Mühlenbeck

Dateiname:	1.1.5 (1)_DOK_Elternfragebogen_0.1		
Seite:	1 von 1		
erstellt:	Schmidt-Troschke	am:	03.02.2020
Geprüft und freigegeben	Schmidt-Troschke	am:	03.02.2020

Dateiname:	1.1.5 (1)_DOK_Elternfragebogen_0.1		
Seite:	1 von 1		
erstellt:	Schmidt-Troschke	am:	03.02.2020
Geprüft und freigegeben	Schmidt-Troschke	am:	03.02.2020