

Elternfragebogen

für die Vorstellung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde

Ausgefüllt am (Datum):

Nachname des Kindes

Vorname des Kindes.....

Geb. am

Geschlecht weiblich männlich

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Handy

Krankenkasse

Vers.-. Nr.....

Versichert durch

geb.

Liebe Eltern und Angehörige,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer sozialpsychiatrischen Praxisgemeinschaft- wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen.

Für die Planung des Erstgesprächs bitten wir Sie, uns diesen Fragebogen ausgefüllt zurück zu senden. Bitte kreuzen Sie das jeweilige Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an. Wir behandeln alle Informationen streng vertraulich im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht und geben sie nur mit Ihrem Einverständnis weiter. Wegen eines Erstgesprächstermines rufen wir Sie in den nächsten Wochen an oder schreiben Ihnen. Falls Sie einen Termin nicht benötigen, sagen Sie ihn bitte so früh wie möglich wieder ab, spätestens aber zwei Werktage vor dem Termin. **Bei akuter Gefahr, z.B. durch Suizidalität, wenden Sie sich bitte an die lokal zuständige kinder- und jugendpsychiatrische Klinik.**

Die Behandlung bei uns unterliegt einer Reihe von Bedingungen der gesetzlichen Krankenkassen, die für alle sozialpsychiatrischen Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten. **Bitte beachten Sie dazu unbedingt das anliegende Merkblatt!** Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Vielen Dank!

1. Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?.....
2. Welcher der beiden Ärzte soll für die Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes verantwortlich sein?
 Herr Momsen Herr Dr. Schmidt keine Präferenz, einer von beiden
3. Ist oder war Ihr Kind bereits in Behandlung durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, -psychotherapeuten, eine Klinik, ein sozialpädiatrisches Zentrum oder eine Institutsambulanz?
 nein wenn ja: stationär (wann, welche Klinik?).....
oder ambulant: Praxis: (welche, wann):.....
 kinderpsychiatrische Institutsambulanz: (welche, wann):.....
 Behandlung abgeschlossen seit: Behandlung läuft noch
 sozialpädiatrisches Zentrum: (welches, wann):.....
 Behandlung abgeschlossen seit: Behandlung läuft noch
4. Gibt es weitere frühere oder aktuelle (psycho-)therapeutische Behandlungen? Wenn ja, bei wem?
5. Gab es Probleme in Schwangerschaft, Geburt, der Säuglings- und Kleinkindentwicklung?
6. Gab es wichtige Vorerkrankungen?

Uwe Momsen
Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Anthroposophische Medizin (GAÄD)

Dr. med. Arne Schmidt
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Anthroposophische Medizin (GAÄD)
Anthroposophische Psychotherapie (DtGAP)

- 7. Gibt es aktuelle Erkrankungen?

- 8. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

- 9. Leidet ein Familienmitglied an einer schweren, chronischen oder an einer psychischen Erkrankung?

- 10. Eltern sind: verheiratet leben zusammen getrennt seit:.....
 geschieden seit:..... Elternteil ist verstorben seit:.....
Bei wem lebt das Kind?Wer hat das Sorgerecht?.....Bitte ggf.
Name und Anschrift angeben:.....
 Kind ist ein Pflege- oder Adoptivkind
 Kind lebt in Einrichtung (welche?).....

- 11. Welche Probleme führen zur Vorstellung bei uns ? (bitte zur Planung des Erstgespräches in Stichworten angeben)

12. Was sind die Stärken Ihres Kindes?

13. Wer hat uns empfohlen, und mit welcher Erwartung?

14. Welche Erwartungen haben Sie an uns?

Wir benötigen zwei Unterschriften von Ihnen:

1. **Erklärung:** 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 Sorgeberechtigten informiert wurden und mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Therapie einverstanden sind.

.....
Ort, Datum, **1.** Unterschrift **möglichst aller** bzw. eines Sorgeberechtigten

2. **Schweigepflichtentbindung:** Hiermit entbinden wir die Mitarbeiter der Praxisgemeinschaft Momsen/Schmidt nach der Untersuchung unseres Kindes von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Hausarzt/der Hausärztin (bitte Namen und Ort eintragen oder ggf. streichen):

.....
bzw. anderen Stellen zum gegenseitigen Informationsaustausch (bitte ggf. streichen):.....
.....

Ort, Datum, **2.** Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten

Vielen Dank! Bitte senden Sie uns den Anmeldebogen nach dem Ausfüllen zurück. Bitte beachten Sie das anliegende Merkblatt! Es ist für Ihre Unterlagen bestimmt.

Merkblatt für Ihre Unterlagen- wichtige Behandlungsinformationen - bitte abtrennen

Liebe Eltern und Angehörige,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis. Wir bieten Ihrem Kind und Ihnen ein breites Spektrum an psychologisch-psychiatrischer Diagnostik und Therapie an. Gespräche, Diagnostik und Therapie werden von den Ärzten der Praxis sowie von qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern **unseres sozialpsychiatrischen Teams** (z.B. Sozialpädagogen/-innen, Heilpädagogen/-innen) durchgeführt- nur so sind unsere umfassenden testpsychologischen Untersuchungen und Therapien möglich. In jedem Fall finden jedoch auch Gespräche mit Ihrem Kind und Ihnen und dem jeweils behandelnden Arzt und Praxisinhaber persönlich statt.

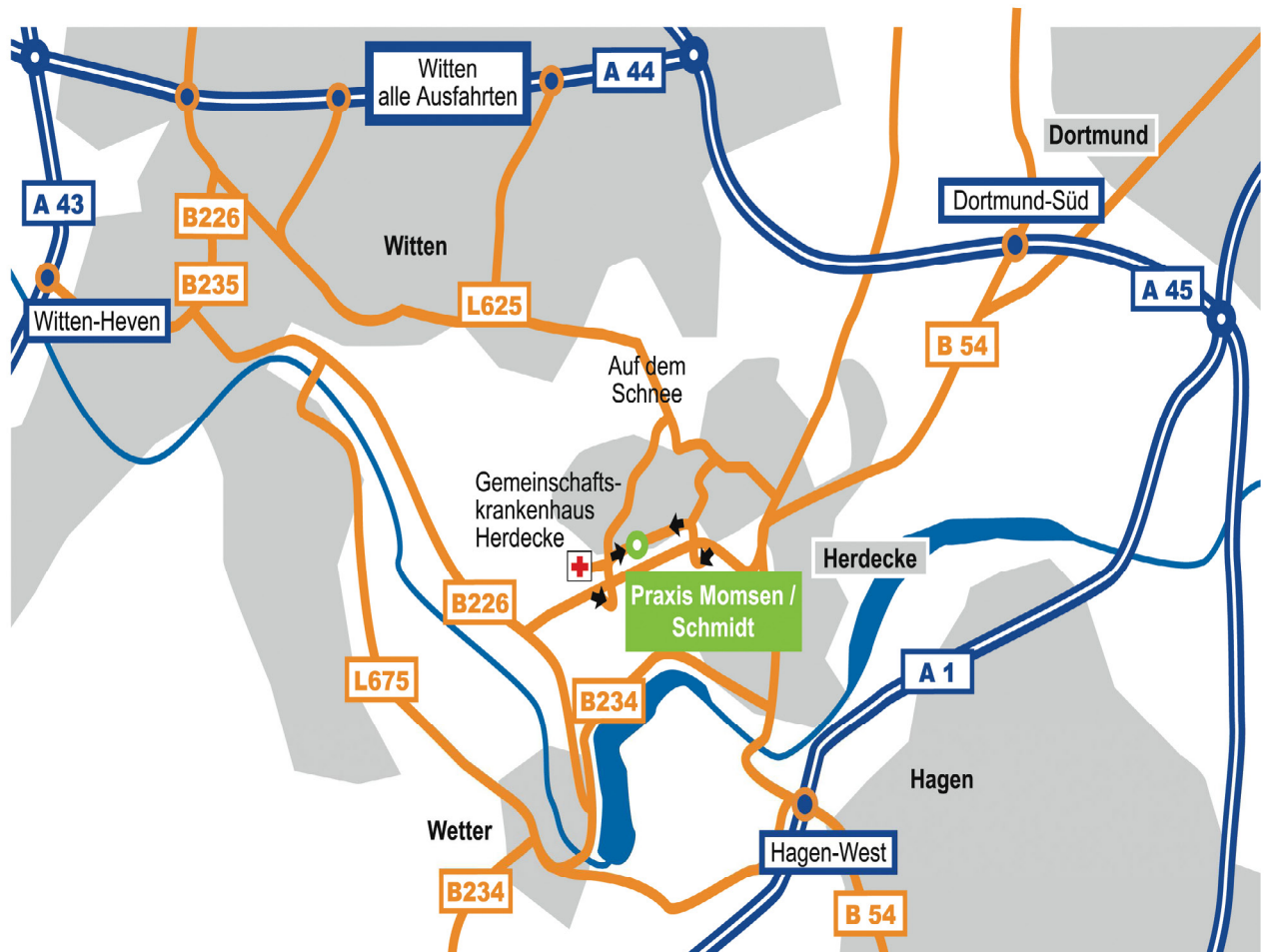
Für die Behandlung bei uns haben die gesetzlichen Krankenkassen jedoch einige Bedingungen aufgestellt, die Sie und wir gleichermaßen beachten müssen und die für alle sozialpsychiatrischen Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten. Sie helfen uns sehr, wenn Sie diese Bedingungen vor Terminvereinbarung durchlesen. Für privat Versicherte gelten zum Teil andere Bestimmungen.

- Im Rahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung (Therapien, Diagnostik) **muss Ihr Kind** einmal im Quartal (Kalendervierteljahr) **persönlich kurz dem zuständigen Arzt vorgestellt** werden (**Arztkontakt**). Unsere Tätigkeit kann sonst nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden.
- Wir bieten ein breites Spektrum an **Gruppentherapien** an. **Einzels psychotherapien** sind im Rahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung bei therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in begrenztem Umfang möglich (Wartezeit).
- Wir melden uns bei Ihnen innerhalb von ca. 4 Wochen nach der Rücksendung des Fragebogens zwecks Terminvereinbarung. Leider können sich bis zu einem ersten Termin Wartezeiten ergeben (die Länge der Wartezeiten schwankt stark und ist auch für uns nicht immer vorhersehbar).
- Bitte geben Sie eine **Telefonnummer** an, unter der wir Sie **tagsüber** erreichen können und teilen Sie uns Änderungen von Telefonnummer und Anschrift mit.
- Termine werden fest für Ihr Kind und Sie reserviert. **Bitte sagen Sie Termine so früh wie möglich telefonisch (nicht per Mail!) wieder ab, wenn Sie sie nicht benötigen. Alle anderen wartenden Familien werden Ihnen dankbar sein!**
- Wir benötigen aufgrund geltenden Rechtes das **Einverständnis aller Sorgeberechtigten** in die Behandlung.
- Das Erstgespräch führen wir gemeinsam mit Ihnen **und Ihrem Kind** durch. Auch wenn Sie Ihr Kind sehr gut kennen, ist es die Patientin/der Patient, und wir benötigen eine persönliche Einschätzung von ihm. Wir freuen uns, wenn beide Eltern bzw. Sorgeberechtigte das Kind zum Erstgespräch begleiten können.
- Bitte bringen Sie das gelbe Untersuchungsheft des Kindes, Vorbefunde, Schulzeugnisse etc. (gern in Kopie) mit.
- **Wir benötigen in jedem Fall die Krankenversicherungskarte (eGK) Ihres Kindes;** ohne diese müssen wir Ihnen unsere Leistungen privat in Rechnung stellen. Die Karte muss **zu Beginn eines jeden Quartales** in der Anmeldung eingelesen werden. Rezepte können wir nur nach Vorlage der Versichertenkarte ausstellen. Wir sind darauf angewiesen, auch scheinbar geringfügige Leistungen wie z.B. Telefonate mit Ihnen oder anderen Therapeuten, Rezepte, Überweisungen oder Fallbesprechungen mit der Krankenkasse abrechnen zu können.
- Auch bei fortlaufender Behandlung mit naturheilkundlichen oder anderen Medikamenten ist eine Vorstellung des behandelten Kindes in regelmäßigen Abständen (meist alle drei bis sechs Monate) erforderlich.
- Neue gesetzlich versicherte Patienten **über 18 Jahre** können wir aufgrund von Vorgaben der Krankenkassen nicht behandeln. Wenn wir Patienten vor dem 18. Geburtstag bereits kennen gelernt haben, dürfen wir sie bis zum 21. Lebensjahr weiter behandeln.
- Eine **parallele Behandlung bei uns und in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)** bzw. in einer Klinik-Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie (PIA) ist aufgrund von Vorgaben der Krankenkassen nicht möglich. Die Krankenkassen dulden eine Parallelbehandlung maximal ein Quartal lang.
- Wir diagnostizieren und behandeln Kinder und Jugendliche mit allen ambulant behandelbaren psychischen Problemen oder Erkrankungen, sind aber keine Klinik. **Bei akuter Gefahr, z.B. durch Suizidalität,** wenden Sie sich bitte an die lokal zuständige kinder- und jugendpsychiatrische Klinik, außerhalb der Praxissprechzeit auch an den allgemeinärztlichen Notdienst (Tel. 116117) oder den Notarzt (Tel. 112).

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen!

Ihr Praxisteam

So erreichen Sie uns



Herdecke liegt zwischen Hagen, Witten und Dortmund und ist mit dem Auto z.B. über die A1 (Abfahrt Hagen-West) oder die A 45 (Kreuz Dortmund-Süd) zu erreichen. Sie finden uns in Herdecke-Westende in der Nähe des Gemeinschaftskrankenhauses. Von Herdecke aus fahren Sie die Ender Talstr. Richtung Wetter bis zur Ausfahrt Westende/Gemeinschaftskrankenhaus, nach der Abfahrtkurve erste Straße rechts (Westender Weg). Parkplätze finden Sie vor der Praxis.

Mit dem Bus sind wir mit der Linie 376 zu erreichen (Haltestelle: Rostesiepen, www.vrr.de, www.bogestra.de)

Vielen Dank! Bitte senden Sie uns den Anmeldebogen nach dem Ausfüllen zurück. Bitte beachten Sie das anliegende Merkblatt! Es ist für Ihre Unterlagen bestimmt.