

Elternfragebogen

für die Vorstellung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde

	Ausgefüllt am (Datum):
Nachname des Kindes	Vorname des Kindes.....
Geb. am	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Handy
Krankenkasse	Vers.-. Nr.....
Versichert durch	geb.

Liebe Eltern und Angehörige,
 vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Praxis. Für die Planung des Erstgespräches 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. Termine werden Ihnen innerhalb der nächsten Wochen gesondert mitgeteilt bzw. mit Ihnen vereinbart. **Leider können wir Wartezeiten bis zu den Terminen meist nicht vermeiden. Falls Sie verhindert sind, bitten wir auch für die anderen wartenden Patienten um Absage so früh wie möglich, spätestens aber zwei Werktage vor dem Termin. Bei akuter Gefahr, z.B. durch Suizidalität, wenden Sie sich bitte an die lokal zuständige kinderpsychiatrische Klinik** oder Abteilung (für Hagen und EN-Kreis z.B. das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke). Für die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung benötigen wir das Einverständnis aller Sorgeberechtigten. Das Erstgespräch führen wir gemeinsam mit Ihnen und Ihrem Kind durch. 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. Für weitere Fragen und Einzelheiten stehen wir Ihnen im Gespräch zur Verfügung. Vielen Dank!

- Bei welchem Arzt wünschen Sie Termine für die kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunde?
 Herr Momsen Herr Dr. Schmidt keine Präferenz, einer von beiden
- Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?.....
- 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
- Gab es Probleme in Schwangerschaft, Geburt, der Säuglings- und Kleinkindentwicklung?
- Gab es wichtige Vorerkrankungen?
- Gibt es aktuelle körperliche Erkrankungen?

Sozialpsychiatrische Praxisgemeinschaft

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

- 8. War oder ist Ihr Kind in ergotherapeutischer, logopädischer, krankengymnastischer oder anderer therapeutischer Behandlung, und weswegen?

- 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?

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

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 Bogen nach dem Ausfüllen zurück.

Liebe Eltern und Angehörige,

wir danken für Ihr Interesse an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Beratung, Untersuchung oder Behandlung. Für die Planung des Erstgespräches bitten wir Sie, uns den anliegenden Fragebogen ausgefüllt zurück zu senden. Wir behandeln alle Informationen streng vertraulich im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht und geben sie nur mit Ihrem Einverständnis weiter.

Wichtige Informationen! Bitte beachten Sie folgende Abläufe und Bedingungen:

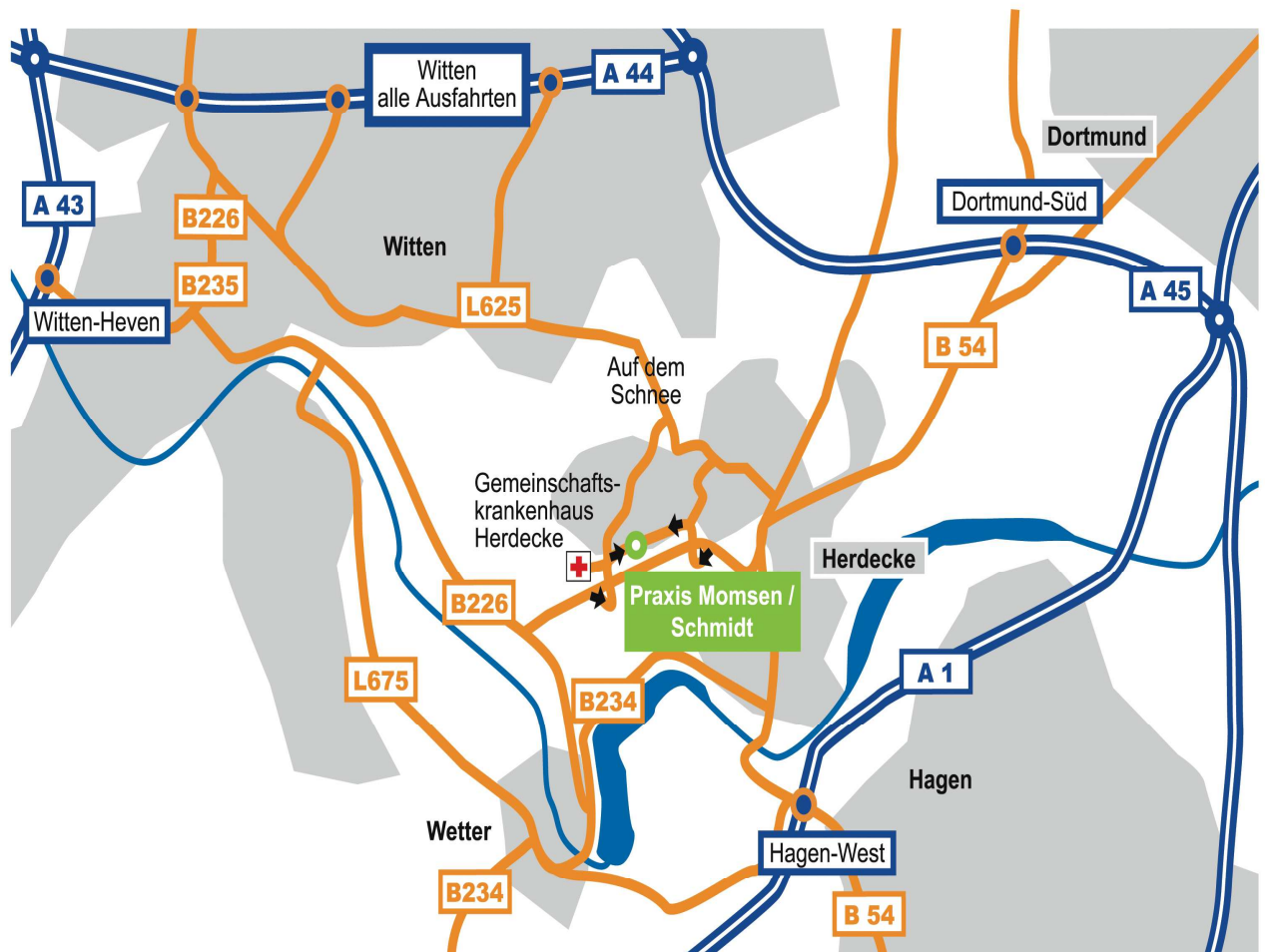
- Wir melden uns bei Ihnen innerhalb von 6-8 Wochen nach der Rücksendung des Fragebogens zwecks Terminvereinbarung. Leider können sich bis zu einem ersten Termin Wartezeiten von einigen Monaten ergeben (die Länge der Wartezeiten schwankt stark und ist auch für uns nicht immer vorhersehbar).
- Bitte geben Sie eine Telefonnummer an, unter der wir Sie tagsüber erreichen können und teilen Sie uns Änderungen von Telefonnummer und Anschrift mit. Bitte beachten Sie, dass Sie aus technischen Gründen unsere Rufnummer nicht in Ihrem Telefon sehen können, wenn wir Sie anrufen.
- Termine werden fest für Ihr Kind und Sie reserviert. **Bitte sagen Sie Termine so früh wie möglich wieder ab, wenn Sie sie nicht benötigen. Alle anderen wartenden Familien werden Ihnen dankbar sein!**
- Wir benötigen das **Einverständnis aller Sorgeberechtigten** in die Behandlung.
- Diagnostik und Therapie wird von den Ärzten und zum Teil von qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unseres **sozialpsychiatrischen Teams** durchgeführt. In diesem Rahmen **muss Ihr Kind** einmal im Quartal (Kalendervierteljahr) **persönlich dem zuständigen Arzt** vorgestellt werden. Dies gilt auch bei Elternberatungen! Ohne diesen Arztkontakt müssen wir die Behandlung abbrechen, weil wir sie dann nicht mit der Krankenkasse abrechnen können.
- Ein Erstgespräch ohne Kind ist nicht sinnvoll. Gespräche mit dem Arzt ohne Kind sind nur in Ausnahmefällen nach vorheriger Absprache möglich. Wir freuen uns, wenn beide Eltern bzw. Sorgeberechtigte das Kind zum Erstgespräch begleiten können.
- **Ohne die Versichertenkarte Ihres Kindes übernimmt die Krankenkasse die Behandlungskosten nicht. Ab dem 1.1.2015 wird nur noch die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) akzeptiert; alle anderen Karten werden vom System aufgrund gesetzlicher Vorgaben zurückgewiesen.** Die Karte muss zu Beginn eines jeden Quartales in der Anmeldung eingesehen werden. 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. Ohne Versichertenkarte können wir keine Rezepte ausstellen und müssen Ihnen unsere Tätigkeit als privatärztliche Leistung in Rechnung stellen.
- Bitte bringen Sie das gelbe Untersuchungsheft des Kindes und vorhandene Berichte anderer Ärzte, Institutionen sowie Schulzeugnisse etc. (gern in Kopie) mit.
- Für gesetzlich versicherte **Erwachsene über 18 Jahre** ist eine Behandlung in unserem sozialpsychiatrischen Team nur möglich, wenn sie sich schon zuvor bei uns in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befunden haben.
- Eine **parallele Behandlung in einem sozialpsychiatrischen Zentrum** bzw. in einer Klinik-Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und in unserer Praxis ist aufgrund von Vorgaben der Krankenkassen nur maximal ein Quartal lang möglich.
- **Bei akuter Gefahr, z.B. durch Suizidalität, wenden Sie sich bitte an die lokal zuständige kinderpsychiatrische Klinik** oder Abteilung (für Hagen und den EN-Kreis z.B. das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Tel. 02330/62-0).
- Bei diesen Bedingungen handelt es sich überwiegend um Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die wir nicht beeinflussen können. Bei Fragen hierzu kontaktieren Sie bitte uns bzw. die Kassenärztliche Vereinigung, Patientenberatung: 0251/92 99 00 0. Für die privatärztliche Behandlung gelten z.T. andere Bedingungen.

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!

Ihr Praxisteam

Vielen Dank! Bitte senden Sie uns den Bogen nach dem Ausfüllen zurück.

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 den Linien 376 und 554 zu erreichen (Haltestelle: Rostesiepen, www.vrr.de, www.bogestra.de)

Vielen Dank! Bitte senden Sie uns den Bogen nach dem Ausfüllen zurück.