

Bogen 2: Factsheet



Praxis
Zinkler

Name des Kindes bzw. der*des Jugendlichen: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnadresse der Familie: _____

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

E-Mail: _____

Kinderärzt*in/Hausärzt*in: _____ Krankenkasse: _____

Aktuelle Medikamente: _____

Laufende Therapien und Hilfen (Stichworte): _____

Sorgerecht: _____

Mit wem lebt das Kind bzw. die*der Jugendliche zusammen?

Name	Alter	Beziehungsverhältnis*	Beruf/Tätigkeit

Abkürzungen für das Beziehungsverhältnis: M – leibliche Mutter, V – leiblicher Vater, SM – Stiefmutter, SV – Stiefvater, LP – Lebenspartner*in, AM/AV – Adoptiveltern, PM/PV – Pflegeeltern, S – Schwester, B – Bruder, HB – Halbbruder, HS – Halbschwester (o. ä.)

Bei getrennt lebenden leiblichen Eltern:

Name des Elternteils: _____ Adresse: _____

Telefon _____ Beruf/Tätigkeit: _____

E-Mail: _____

Besuchsregelung: _____

Wer lebt im Haushalt des anderen Elternteils?

Name	Alter	Beziehungsverhältnis*	Beruf/Tätigkeit

Kindergarten/Schule oder Ausbildung

Bezeichnung: _____ Klasse: _____

Klassenlehrer*in: _____ Telefon: _____

Förderschwerpunkt (FS): keiner FS Lernen FS E und S (Verhalten) anderer: _____

Ganztagsbetreuung: nein ja

Nachhilfe: nein ja

Besonderheiten: z.B. Schulwechsel, Wiederholungen, hohe Fehlzeiten



Bogen 4: Gesundheit und Entwicklung

Praxis
Zinkler

Besonderheiten in der Schwangerschaft: Alkoholkonsum Drogen medizinische Komplikationen

Besonderheiten bei der Geburt:

Besonderheiten im Alter von 0 bis ein Jahr:

Besonderheiten im Alter von ein bis 3 Jahren:

Besonderheiten im Alter von 4 bis 6 Jahren:

Besonderheiten im Schulalter:

Weitere Probleme und Auffälligkeiten:

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Sprechen | <input type="checkbox"/> Bewegung/Koordination |
| <input type="checkbox"/> Schlafen | <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Ernährung/Esstörung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Traurigkeit | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Aggression | <input type="checkbox"/> Zwänge | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> fehlende Geduld | <input type="checkbox"/> Lernschwäche |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit Gleichaltrigen | <input type="checkbox"/> Lügen | <input type="checkbox"/> Gesetzeskonflikte | <input type="checkbox"/> Alkohol-/Drogenkonsum |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ernste Erkrankungen des Kindes bzw. der*des Jugendlichen:

(Operationen, Unfälle, chronische Erkrankungen, Allergien)

Wann:	Diagnose:	Beeinträchtigung durch die Krankheit:



Bogen 6: Schweigepflichtentbindung

**Praxis
Zinkler**

Facharztpraxis für Kinder-
und Jugendpsychiatrie
und –psychotherapie

Ostwall 85 47798 Krefeld

Telefon 02151 65838 0
Telefax 02151 65838 18

praxis@zinkler-krefeld.de
www.zinkler-krefeld.de

Name des Kindes bzw. der*des Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

Bitte geben Sie die vollständigen Namen und Telefonnummern aller wichtigen Ansprechpartner an.

Institution	Name	Telefonnummer
Hausarzt*in / Kinderarzt*in		
Lehrer*in oder Kindergärtner*in		
Schulsozialarbeiter*in		
OGS/Ganztagsbetreuung		
Familienhilfe		
Zuständige Mitarbeiter*in im Jugendamt		
Ergotherapeut*in		
Logopäd*in		
Psychotherapeut*in		
Klinik / Tagesklinik		
...		
...		

Ich entbinde / Wir entbinden die Mitarbeitenden der Praxis Zinkler von der Schweigepflicht gegenüber den angegebenen Personen und umgekehrt diese Personen gegenüber den Mitarbeitenden der Praxis Zinkler.

- Weiterhin willige ich ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung an vorstehend aufgeführte **Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen** sowie **Kliniken** weitergegeben werden dürfen, z.B. in Form von Arztbriefen.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater

Unterschrift der*des Jugendlichen
(ab 14 Jahren)



Behandlungsvertrag

Name des Kindes bzw. der*des Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin/Wir sind mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung meines/unseres Kindes in der Praxis Zinkler einverstanden. Eine eventuelle medikamentöse Behandlung erfolgt nur nach gesonderter Aufklärung und Einverständnis.

Ich bin alleine sorgeberechtigt. oder Es besteht gemeinsames Sorgerecht.

Bei gemeinsamem Sorgerecht muss das schriftliche Einverständnis beider Sorgeberechtigten vor dem ersten Vorstellungstermin vorliegen!

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon	Behandlungseinverständnis mit Unterschrift

Ausfallhonorar-Regelung

Wir sind eine Termin-Praxis. Die gebuchten Termine sind verbindlich. Bitte notieren sie deshalb die Termine verlässlich. Absagen und Verschiebungen sind selbstverständlich möglich. **Absehbare Absagen müssen spätestens 48 Stunden vor dem Termin erfolgen.** Bei Notfällen akzeptieren wir auch kurzfristige Absagen. Für gebuchte und nicht wahrgenommene Termine (sog. „No-Show“) wird ein **Ausfallhonorar von 40 Euro** privat an sie in Rechnung gestellt. Eine nicht erfolgte Erinnerungsmail unsererseits ist kein Rechtfertigungsgrund für das Nicht-Erscheinen. Bei „No-Show“ werden außerdem alle weiteren Termine des/der Patient*in gestrichen. Die ausgefallenen Termine können nach Zahlung der Rechnung wieder neu vereinbart werden.

Für die Einhaltung der Termine des oben genannten Kindes bzw. der*des Jugendlichen ist zuständig:

Name, Vorname	Adresse	Telefon	Zustimmung zur AH - Regelung mit Unterschrift

Datenschutz: Mir/Uns ist bekannt, dass die Praxis Zinkler im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen zur Speicherung der persönlichen und gesundheitlichen Daten der Patienten verpflichtet ist. Die zugrundeliegenden Datenschutzbestimmungen werden unsererseits eingehalten und können in der Praxis eingesehen werden oder ich erhalte sie auf Wunsch ausgehändigt. Mit Anmeldung meines Kindes stimme ich der Datenverarbeitung in der o.g. Form zu.