



## **Bogen 1: Person und Anliegen**

# Praxis Zinkler

Bogen ausgefüllt von: **Zimmer** Datum:

Datum:

Name des Kindes, der\*des Jugendlichen:

Geburtsdatum: **19.01.1985** Alter: **38**

Alter:

Sorgeberechtigte\*r des Kindes:

Abweichende Adresse eines Sorgeberechtigten?

Adresse des Kindes:

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:

## Probleme und Ziele

Wer hat die Vorstellung in unserer Praxis empfohlen?

Was ist das Problem?

Seit wann besteht das Problem?

## Ziele der Eltern?

Ziele des Kindes/Jugendlichen?

## Stärken beim Kind und im Familiensystem?

## Interne Vermerke:

Datum Unterlagen o.k.?	Datum Entscheidung:  Signatur	Telefonate/Mails Datum Datum Datum:  Signatur	Termin am: Änderung:	Ablage
---------------------------	--	--	-------------------------	--------



## Bogen 2: Entwicklung und Lebensgeschichte

Praxis  
Zinkler

### Körperliche und seelische Gesundheit

Schwerwiegende körperliche Krankheiten des Kindes?

---

Psychiatrische Befunde und Diagnosen? Wenn ja, unbedingt **Unterlagen mitbringen!**

---

---

Namen der Medikamente:	Dosis:
-	-
-	-

### Weitere Probleme und Auffälligkeiten (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- |  |                                    |  |  |
|--|------------------------------------|--|--|
| <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/Essstörung  |
| <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 |

### Besonderheiten in der Lebensgeschichte:

Tragen Sie hier wichtige Ereignisse ein, z.B. Änderung der Familienzusammensetzung, Kontaktabbruch oder -wiederaufnahme eines Elternteils, Umzüge, Schulwechsel, schwerwiegende Erkrankungen der Angehörigen, Schicksalsschläge etc.

Wann?	Was ist passiert?	Mit welchen Auswirkungen?



## Bogen 3: Familie und Schule

Praxis  
Zinkler

### **Mit wem lebt das Kind zusammen?**

Name	Alter	Rolle in der Familie*	Beruf/Tätigkeit

\*Abkürzungen für die Rolle in der Familie: M – leibliche Mutter, V – leiblicher Vater, SM –Stiefmutter, SV- Stiefvater, LP - Lebenspartner\*in, AM/AV – Adoptiv-eltern, PM/PV – Pflegeeltern, S – Schwester, B – Bruder, HB - Halbbruder, HS – Halbschwester

### **Welche Familienmitglieder leben woanders?**

Name	Alter	Rolle in der Familie*	Wohnort

\*Abkürzungen für die Rolle in der Familie: M – leibliche Mutter, V – leiblicher Vater, SM –Stiefmutter, SV- Stiefvater, LP - Lebenspartner\*in, AM/AV – Adoptiv-eltern, PM/PV – Pflegeeltern, S – Schwester, B – Bruder, HB - Halbbruder, HS – Halbschwester

### **Kindergarten/Schule oder Ausbildung**

Name der Schule: Klasse/Jahrgang:

Art der Schule: Klassenlehrer\*in:

Wurde bei dem Kind ein Förderbedarf festgestellt?

Nein  Förderschwerpunkt Lernen  Förderschwerpunkt S E (Verhalten)  anderer:

Ganztagsbetreuung?  Nein  Ja Name:

Integrationshelfer?  Nein  Ja Name:

Besonderheiten in der Schullaufbahn (z.B. Schulwechsel, Wiederholungen, Fehlzeiten, LRS, Nachteilsausgleich):

Freizeitaktivitäten (z.B.: Sport, Musik, Computerspiele):

-  
-  
-



## Bogen 4: Hilfen und Therapien

Praxis  
Zinkler

### **Welche Hilfen haben Sie und Ihr Kind aktuell?**

Beispiele: Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie, Lerntherapie, Familienhilfe, Jugendhilfe, Autismustherapie, Integrationshelfer, betreutes Wohnen, Heimunterbringung

Seit wann?	Art der Maßnahme?	Welche Vorteile bringt die Hilfe?

### **Was ist Ihnen sonst noch wichtig?**

**Bitte denken Sie daran, alle vorhandenen Unterlagen von Tests, Diagnosen, Therapien und die letzten beiden Schulzeugnisse zum Erstkontakt mitzubringen.**



## 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 tragen Sie alle Personen/Institutionen ein, die für die Behandlung wichtig sein könnten.**

Institution	Name	Telefon/E-Mail
Lehrer*in		
Schulsozialarbeiter*in		
Ganztagsbetreuung		
Psychotherapeut*in		
Ergotherapeut*in		
Logopäd*in		
Familienhilfe		
Zuständige*r Mitarbeiter*in im Jugendamt		
Klinik / Tagesklinik		
Hausärzt*in / Kinderärzt*in		
-		
-		

Ich entbinde / Wir entbinden die Mitarbeitenden der Praxis Zinkler von der Schweigepflicht gegenüber den angegebenen Personen und ebenso 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 Sorgeberechtigte\*r

Unterschrift der\*des Jugendlichen (ab 14 Jahren)



## Behandlungsvertrag

**Praxis  
Zinkler**

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.**

**Ich bin allein sorgeberechtigt** oder  **Es besteht gemeinsames Sorgerecht**

Behandlung nur möglich mit schriftlichem Einverständnis beider Sorgeberechtigten!  
Falsche Angaben können rechtliche Konsequenzen haben!

### **Unterschrift aller Sorgeberechtigten**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon	Unterschrift

### **Ausfallhonorar-Regelung:**

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass für nicht wahrgenommene Termine ein **Ausfallhonorar von 40 Euro** in Rechnung gestellt wird, wenn der Termin nicht 48 Stunden vorher abgesagt wurde. Alle noch ausstehenden Termine werden dann aus dem Kalender der Praxis gestrichen. Sie können persönlich, telefonisch, per Post, per Fax oder per Mail absagen. 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	Unterschrift

### **Datenschutzhinweis:**

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 können in der Praxis eingesehen oder auf Wunsch ausgehändigt werden. Eine Weitergabe dieser gespeicherten Daten an Dritte erfolgt nicht ohne Ihre vorherige schriftliche Zustimmung. Mit Anmeldung meines Kindes stimme ich der Datenverarbeitung in der o.g. Form zu.