

# Bogen 1: Probleme und Ziele



Praxis  
Zinkler

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Bogen ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wer hat die Vorstellung in unserer Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie konkret das bestehende Problem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seit wann besteht das Problem? \_\_\_\_\_

Auslöser des Problems? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was haben Sie schon unternommen, um das Problem zu lösen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was sind Ihre Ziele? Was möchten Sie mit unserer Hilfe erreichen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gute Eigenschaften des Kindes/Jugendlichen die helfen das Problem zu lösen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Interne Vermerke:

Unterlagen o.k.?	Erstkontakt bei:	Telefonate/Mails:	EK-Termin am:	Ablage
------------------	------------------	-------------------	---------------	--------



## Bogen 2: Factsheet

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnadresse der Familie: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

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

Kinderarzt/Hausarzt: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikamente: \_\_\_\_\_

Laufende Therapien und Hilfen (Stichworte): \_\_\_\_\_

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

### Mit wem lebt das Kind 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 privat: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

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 1 Jahr:

Besonderheiten im Alter von 1 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: (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/Jugendlichen: \_\_\_\_\_

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

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

Institution	Name	Telefonnummer
Hausarzt / Kinderarzt		
Lehrer oder Kindergärtner		
Schul-Sozialpädagoge		
Ganztagsbetreuung		
Familienhilfe		
Zuständiger Mitarbeiter im Jugendamt		
Ergotherapeut		
Logopäde		
Psychotherapeut		
Klinik / Tagesklinik		
...		
...		

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

- Weiterhin willige ich ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung an vorstehend aufgeführte **Ärzte/Psychotherapeuten** und **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 der Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vaters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Jugendliche/r (ab 14 Jahre)



# Behandlungsvertrag

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_

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

Ich bin/Wir sind mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung meines/unseres Kindes in der Praxis Zinkler einverstanden

Eine medikamentöse Behandlung erfordert in der Regel eine zusätzliche Zustimmung.

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 werden oder erhalte ich auf Wunsch ausgehändigt. Eine Weitergabe dieser gespeicherten Daten an Dritte erfolgt nicht ohne Ihre vorherige schriftliche Zustimmung.

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	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. Absagen können Sie persönlich, telefonisch, per Post, per Fax oder per Mail. Die ausgefallenen Termine können nach Zahlung der Rechnung wieder neu vereinbart werden.

Für die Einhaltung der Termine des oben genannten Kindes/Jugendlichen ist zuständig:

Name, Vorname	Adresse	Telefon	Unterschrift