

DR.GRIESBACH & KOLLEG\*INNEN  
FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE  
& PSYCHOTHERAPIE

Liebe Eltern,

Es erleichtert unsere Arbeit sehr, wenn Sie bei einer Neuvorstellung Ihres Kindes/ Jugendlichen die nachfolgenden Angaben möglichst vollständig beantworten und Sie die folgenden Unterlagen rasch wieder an die Praxis zurückgeben. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE DATEN

1

Name und Vorname des Kindes/ Jugendlichen

\_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Anmeldung erfolgt durch: \_\_\_\_\_

Krankenkasse

Name: \_\_\_\_\_ Kassennummer: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Eltern

Name und Vorname **der Mutter**: \_\_\_\_\_

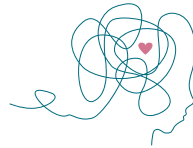
Anschrift: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Name und Vorname **des Vaters**: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_



DR.GRIESBACH & KOLLEG\*INNEN  
FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE  
& PSYCHOTHERAPIE

FRAGEBOGEN

2

Warum soll Ihr Kind bei uns untersucht werden? Welche Probleme bestehen und seit wann?

---

---

Befindet sich Ihr Kind derzeit in Behandlung bei einem Psychologen/ Psychotherapeuten? Wenn ja, seit wann und wo?

---

---

Erfolgte bereits eine Testpsychologische Untersuchung? Wenn Ja: wo und wann?

---

---

Welchen Kindergarten/Tagesstätte bzw. welche Schule und Klasse besucht das Kind?

---

---

Gab es bereits früher Erkrankungen, die zu Behandlungen führten? (auch Kinderkrankheiten, Unfälle, Operationen, Allergien?)

---

---

Gab es bereits Klinikaufenthalte oder anderweitig längere Aufenthalte ihres Kindes außerhalb der Familie?

---

---

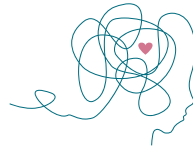
Erhält Ihr Kind Medikamente? Wenn Ja: welche und seit wann?

---

---

Ort, Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters:

X\_\_\_\_\_



DR.GRIESBACH & KOLLEG\*INNEN  
FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE  
& PSYCHOTHERAPIE

### PRÄSENZTERMINE / SCHULBESUCH

3

Um eine gute Versorgungsqualität zu gewährleisten, finden Behandlungstermine, nach Vereinbarung, regelmäßig alle 2, spätestens alle 3 Monate statt. Diese werden unweigerlich mit Schul- oder Ausbildungszeiten kollidieren. Über die Dauer der Behandlungszeit erhalten sie von uns eine Bestätigung zur Vorlage in der entsprechenden Institution.

X \_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)

### AUSFALLGEBÜHR

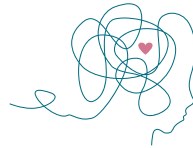
4

Ich bin darüber informiert, dass ich Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, **spätestens 24 Stunden vorher** absagen muss (via Anrufbeantworter, Telefon oder persönlich). Für unentschuldigte, nicht wahrgenommene bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine wird eine Ausfallpauschale in Rechnung gestellt. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Ausfallgebühr nicht von der gesetzlichen und/ oder privaten Krankenversicherung übernommen wird.

Die Rechnungsstellung wird die Firma PRIVAS GmbH – Abrechnungsstelle für Ärzte – übernehmen.

X \_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)



DR.GRIESBACH & KOLLEG\*INNEN  
FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE  
& PSYCHOTHERAPIE

## SOZIALPSYCHATRISCHE BEHANDLUNG

5

Um richtig abrechnen zu können, brauchen wir noch folgende Information:

Befindet sich Ihr Kind derzeit in Behandlung in einer weiteren sozialpsychiatrisch arbeitenden Praxis oder in einer Institutsambulanz?

nein

ja, und zwar seit \_\_\_\_\_, bei \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)

## HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ

6

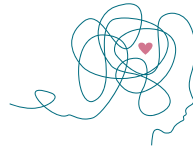
Bitte beachten sie hierzu auch unseren Aushang im Wartebereich der Praxis.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unser Praxisteam.

X \_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)



DR.GRIESBACH & KOLLEG\*INNEN  
FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE  
& PSYCHOTHERAPIE

PATIENTENERKLÄRUNG: BERICHT AN DEN HAUSARZT

7

Liebe Eltern, Jugendliche, junge Erwachsene,

Laut EBM (Gebührenordnung für Abrechnung) sind wir gesetzlich verpflichtet Ihrem Haus- oder Kinderarzt unaufgefordert einen Befundbericht zu übermitteln. Hierzu bedarf es keiner ausdrücklichen Schweigepflichtentbindung Ihrerseits, sondern es besteht für uns eine gesetzliche Offenbarungspflicht. Allerdings können Sie uns von dieser Offenbarungspflicht entbinden, falls dies Ihr Wunsch ist.

Dazu ist Ihre Unterschrift nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches §73 Abs.1b notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Durch meine Unterschrift bestätige ich Folgendes: (bitte ankreuzen)

- Sollten Informationen über die Behandlung für meinen Haus-/Kinderarzt wichtig sein, kann in Absprache mit mir ein Bericht übermittelt werden.  
Darüber hinaus bin ich nicht damit einverstanden, dass meinem Haus- /Kinderarzt quartalsweise schriftlich von der kinder- u. jugendpsychiatrischen Behandlung berichtet wird.

Name des Haus- oder Kinderarztes: \_\_\_\_\_

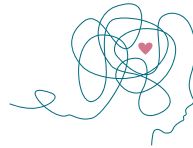
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

- Ich habe keinen Haus- oder Kinderarzt.
- Ich bitte um die quartalsweise Übermittlung eines Berichtes an meinen Hausarzt. Im Falle einer Psychotherapie wird nicht quartalsweise, sondern am Anfang, jährlich und am Ende Bericht erstattet.

Wenn beide Elternteile sorgeberechtigt sind, müssen beide unterschreiben!

X \_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift Patient, ggf. Erziehungsberechtigte/r)



DR.GRIESBACH & KOLLEG\*INNEN  
FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE  
& PSYCHOTHERAPIE

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG SORGBERECHTIGTE

8

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht unbedingt die schriftliche Einverständniserklärung des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehepartners zur Diagnostik und Behandlung bei uns notwendig ist. Diese muss unbedingt bereits zum Ersttermin mitgebracht werden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihr Kind und Sie die Termine zur Diagnostik und Behandlung in der Praxis Dr. Griesbach wahrnehmen möchten.

Alle Mitarbeiter der Praxis unterliegen nachweislich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Ich habe das alleinige Sorgerecht.
- Wir haben gemeinsames Sorgerecht.

Ich bin/ wir sind mit der Vorstellung, fachärztlichen Untersuchung und Behandlung meines/ unseres Kindes, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ in der Praxis Dr. Griesbach einverstanden.

Wenn beide Elternteile sorgeberechtigt sind, müssen beide unterschreiben!

X \_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift der Mutter)

X \_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des Vaters)