

Anmeldebogen für Kinder und Jugendliche

1. Angaben zum Kind/Jugendlichen

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ PLZ, Wohnort: _____

Straße, Hausnummer: _____

Handy-Nr. (wenn vorhanden): _____

e-Mail (wenn vorhanden): _____

* vor Eintrag Ihrer eMail-Adresse beachten Sie bitte die den Text zur Datenschutzgrundverordnung am Ende des Formulars

Derzeit besuchte Kindertagesstätte/Schule/Ausbildung

Kindergarten Grundschule Sekundarschule Gymnasium
Schule für Erziehungshilfe Sprachheilschule Lernförderschule
Schule für Kinder mit geistiger Behinderung Realschule Hauptschule
Schule für Kinder mit körperlicher Behinderung Waldorfschule

Klassenstufe: _____ Name und Ort der Schule: _____

Kind besucht nachmittags Hort

Schulleistungen und Verhalten in der Schule

gut befriedigend ausreichend versetzungsgefährdet

Problemfächer: _____

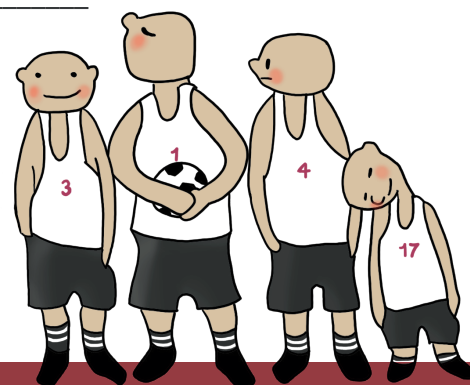
zappelig unkonzentriert ablenkbar aggressiv impulsiv
fleißig ehrgeizig wenig Einsatz keine Freunde

in Berufsausbildung zur(m) _____

betrieblich überbetrieblich/schulisch

____ Ausbildungsjahr

Name und Ort der Ausbildungsstelle:



Dr. med. Niklas Quecke

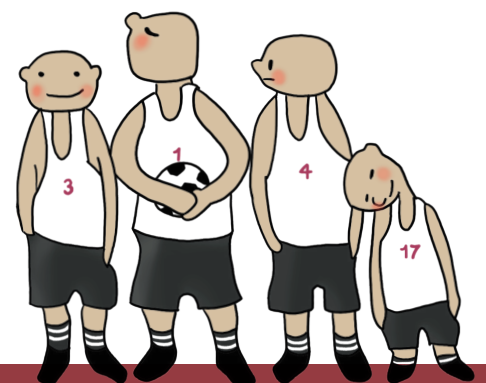
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Naturheilverfahren, Sozialpsychiatrie

Bitte geben Sie die Schwierigkeiten an, die Ihnen bei Ihrem Kind die meisten Sorgen bereiten und wegen denen Sie Ihr Kind behandeln lassen wollen.

Welche Eigenschaften treffen bei Ihrem Kind zu?

unkonzentriert	unruhig	aggressiv
impulsiv	ängstlich	traurig
empfindsam	verzweifelt	schüchtern
lebt in Traumwelt	macht sich viele Sorgen	misstrauisch
führt Selbstgespräche	wird viel geärgert	keine Freunde
auffälliges Essverhalten	hört nicht	erschöpft
wenig Mut zu leben	nässt ein	kotet ein
merkwürdige Gewohnheiten	merkwürdige Gedanken	schläft schlecht
körperliche Beschwerden ohne erkennbare Ursache		
fühlt sich gegenüber Geschwistern benachteiligt		

Erläuterungen und Ergänzungen:



Dr. med. Niklas Quecke

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Naturheilverfahren, Sozialpsychiatrie

Körperliche Vorerkrankungen

Bitte geben Sie an, wo Ihr Kind bereits wegen dieser Probleme in Behandlung gewesen ist oder wo es sich aktuell noch in Behandlung befindet:

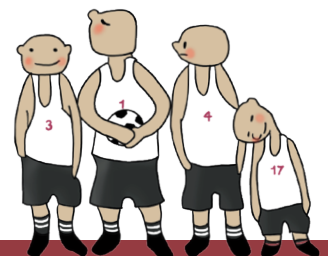
Name / Ort	von - bis	noch in Behandlung?	
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein

Ärzte und Psychotherapeuten

Name / Ort	von - bis	noch in Behandlung?	
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein

Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten

Name / Ort	von - bis	noch in Behandlung?	
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein



Dr. med. Niklas Quecke

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Naturheilverfahren, Sozialpsychiatrie

Sonstige Behandlungen, Lerntherapien, Familienhilfen, Beratungen

Name / Ort	von - bis	noch in Behandlung?	
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein

Fügen Sie bitte Berichte der Behandlungen dem Anmeldebogen bei!

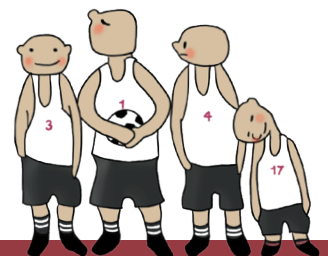
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein oder hat es in der Vergangenheit regelmäßig Medikamente eingenommen?

Name und Dosis des Medikaments	von - bis	wird noch eingenommen	
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein
_____	_____ - _____	ja	nein

Krankenkasse des Kindes

Name und Ort der Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____



Dr. med. Niklas Quecke

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Naturheilverfahren, Sozialpsychiatrie

Das Kind lebt bei:

beiden leiblichen Eltern	allein erziehender Mutter	allein erziehendem Vater
Mutter und Stiefvater	Vater und Stiefmutter	Großeltern
Pflegeeltern	Adoptiveltern	in Heim oder Wohngruppe
in eigener Wohnung	sonstiger Wohnort: _____	

Sorgerecht

gemeinsames Sorgerecht der zusammen lebenden Eltern
gemeinsames Sorgerecht der getrennt lebenden Eltern
alleiniges Sorgerecht der Mutter alleiniges Sorgerecht des Vaters
sonstige Sorgerechtsregelung: _____

Bei getrennt lebenden Eltern:

Gibt es gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen den getrennt lebenden Eltern um Sorgerecht oder Aufenthaltsbestimmung?

ja nein

Hat das Kind Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil?

ja nein

Angaben zur Familie

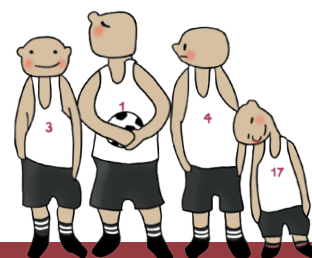
Mutter

Vorname und Name der Mutter: _____

Geburtsjahr: _____ aktueller Beruf: _____

Anschrift, wenn von Kind abweichend: _____

Telefon Festnetz: _____ Telefon Handy: _____



Dr. med. Niklas Quecke

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Naturheilverfahren, Sozialpsychiatrie

Angaben zur Familie

Vater

Vorname und Name des Vaters: _____

Geburtsjahr: _____ aktueller Beruf: _____

Anschrift, wenn von Kind abweichend: _____

Telefon Festnetz: _____ Telefon Handy: _____

Geschwister

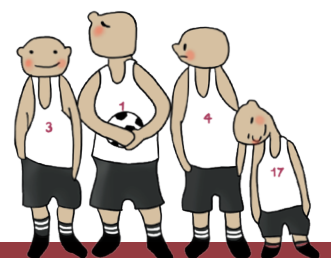
Name

Alter

Tätigkeit (Schule und Klasse, Beruf etc.)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Besonderheiten bei den Geschwistern:



Dr. med. Niklas Quecke

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Naturheilverfahren, Sozialpsychiatrie

Vereinbarung zwischen Dr. Niklas Quecke und den Sorgeberechtigten oder Bezugspersonen von:

Name der/des Patienten/Patientin:

geb. am:

Name der Sorgeberechtigten:

ggfs. abweichende Anschrift:

Fest mit Ihrem Kind und Ihnen vereinbarte Termine halten wir verbindlich für Sie frei. Es warten sehr viele Kinder auf Termine. Wenn Sie nicht erscheinen ohne sich rechtzeitig abzumelden, können wir kurzfristig Niemanden ersatzweise einbestellen und ebenso wenig unsere Arbeitszeit mit der Krankenkasse abrechnen.

Wir bitten Sie daher als die unterzeichnenden Sorgeberechtigten bzw. Bezugspersonen, bzw. als volljährige/r selbstunterzeichnende/r Patient/in, die Verantwortung für die Einhaltung der vereinbarten Termine zu übernehmen und Terminabsagen spätestens einen Praxisarbeitstag vor dem entsprechenden Termin zu unseren Praxisprechzeiten zu tätigen.

Bei späterer Absage oder Nicht-Erscheinen erklären Sie sich damit einverstanden, eine Ausfallgebühr

- von 50,00 € pro Termin (GOÄ Ziffer 886, reduzierter 1,22 facher Satz) bei Gesprächsterminen mit Dr. Quecke,
- von 25,16 € pro Termin (GOÄ Ziffer 719, reduzierter 1,72 facher Satz) bei Terminen zur Testung oder Therapie bei einer/m unserer Therapeuten/innen,
- von 20,00 € pro Termin (GOÄ Ziffer 887, reduzierter 1,71 facher Satz) bei Terminen zu einer Therapiegruppe zu zahlen.

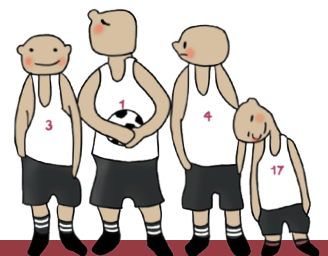
Dieses Einverständnis können Sie jederzeit schriftlich widerrufen.

Um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für unsere Patienten zu ermöglichen, haben wir die Abrechnung dieser Forderungen der Privatärztlichen Verrechnungsstelle, PVS Unna, übertragen. Für die Rechnungserstellung benötigt die PVS neben Anschrift, Geburtsdatum und Kostenträger, die Behandlungstage, die erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung und die dazugehörigen Diagnosen.

Alle diese Daten werden von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle in Unna vertraulich bearbeitet, da die Mitarbeiter der Schweigepflicht gemäß § 203 STGB und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes unterliegen. Mit der Weitergabe der oben genannten Daten für diese und zukünftige Behandlungen an die PVS, sowie mit der Geltendmachung des Rechnungsbetrages erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden. Ihre Einwilligung können sie jederzeit schriftlich widerrufen. Des Weiteren bitten wir um Ihr Einverständnis, ggfs. erforderliche Arztberichte etc. durch ein externes Schreibbüro schreiben zu lassen. Bei der Übermittlung und Speicherung der Daten (Sprach- und Textdateien) werden die Bedingungen der ärztlichen Schweigepflicht und der Datenschutz in vollem Umfang gewährleistet. **Auch dieses Einverständnis können Sie jederzeit schriftlich widerrufen.**

Ort, Datum:

Unterschrift der Sorgeberechtigten/
Patienten/innen:



Dr. med. Niklas Quecke

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Naturheilverfahren, Sozialpsychiatrie

Wichtige Hinweise

Vielen Dank für Ihre Angaben. Sie erreichen uns telefonisch sicher von Montag bis Freitag zwischen 10 Uhr und 12 Uhr sowie zwischen 14 Uhr und 16 Uhr, außer Mittwoch- und Freitagnachmittag. Sie können auch persönlich vorbeischauen, um Termine auszumachen, Rezepte zu holen etc.

Die gegenseitige Verlässlichkeit ist uns sehr wichtig. Wir bemühen uns, dass Sie in unserer Praxis nicht lange warten müssen. Wenn Sie nicht oder mit deutlicher Verspätung kommen, können wir in dieser Zeit keine anderen Patienten behandeln. Deswegen bitten wir Sie die vereinbarten Termine einzuhalten und diese nur bei schwerwiegenden Gründen abzusagen.

Voraussetzung für eine Behandlung in unserer Praxis ist, dass die Sorgeberechtigten mit ihrer Unterschrift unter der Anmeldung ihr Einverständnis für eine Behandlung des Kindes dokumentieren. Dieses gilt vor allem auch dann, wenn die getrennt lebenden Eltern beide das Sorgerecht haben. Mit der Unterschrift wird versichert, dass alle Sorgeberechtigten informiert und mit der Behandlung einverstanden sind.

Bitte sprechen Sie auch mit Ihrem Kind vor der Anmeldung in unserer Praxis über Ihr Anliegen. Es wäre schön, wenn Sie Ihr Kind, sollte es älter als 13 Jahre sein, die Anmeldung mit unterschreiben lassen. Das erleichtert uns die Behandlung sehr.

Erklärung aller Sorgeberechtigten und ggf. des Kindes bzw. Jugendlichen: Ich bin / Wir sind mit den oben beschriebenen Behandlungsbedingungen einverstanden und nehme(n) hiermit die Anmeldung in der Praxis Dr. Quecke vor: *

Ort und Datum	Unterschrift aller Sorgeberechtigten	Unterschrift des Kindes/Jugendlichen
---------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Bitte benutzen Sie zum Drucken "Strg+P" oder gehen Sie über den Menüpunkt "Drucken"

* Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

