

## Dr. med. Niklas Quecke

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

# Anmeldebogen für Kinder und Jugendliche

## Angaben zum Kind/ Jugendlichen

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Handynummer:

E-Mail\*:

\* Bitte beachten Sie vor Eintrag Ihrer E-Mail-Adresse den Text zur  
Datenschutzgrundverordnung am Ende des Formulars.

## Derzeit besuchte Kindertagesstätte/ Schule/ Ausbildung

Kindergarten

Grundschule

Sekundarschule

Gymnasium

Hauptschule

Realschule

Gesamtschule

Waldorfschule

Sprachheilschule

Schule für Kinder mit geistiger Behinderung

Schule für Kinder mit körperlicher Behinderung

Le Lernförderschule

Schule für Erziehungshilfe

Name und Ort der Schule:

Klassenstufe:

Kind besucht nachmittags den Hort:

ja

nein

## Schulleistungen und Verhalten in der Schule

gut

befriedigend

ausreichend

versetzungsgefährdet

Problemfächer:

zappelig

unkonzentriert

ablenkbar

aggressiv

impulsiv

fleißig

ehrgeizig

wenig Einsatz

in

keine Freunde

in Berufsausbildung zur/ zum:

betrieblich

überbetrieblich/ schulisch

Name und Ort der Ausbildung:

Ausbildungsjahr:

Bitte geben Sie die Schwierigkeiten an, die Ihnen bei Ihrem Kind die meisten Sorgen bereiten und wegen derer 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      schläft schlecht  
 merkwürdige Gewohnheiten      merkwürdige Gedanken  
 körperliche Beschwerden ohne erkennbare Ursache  
 fühlt sich gegenüber Geschwistern benachteiligt

Erläuterungen und Ergänzungen:

## 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

### Ärzte und Psychotherapeuten

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

### Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten

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

### Sonstige Behandlungen, Lerntherapien, Familienhilfen und Beratungen

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

**Fügen Sie Berichte der Behandlungen bitte 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
		ja	nein

### Krankenkasse des Kindes

Name und Ort der Krankenkasse:

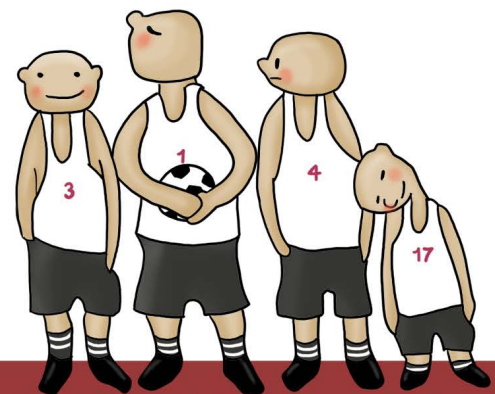
Versichertennummer:

### Das Kind lebt bei:

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

### Sorgerecht

gemeinsames Sorgerecht der zusammenlebenden 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:

Geburtsjahr:

Beruf:

Anschrift, wenn von Kind abweichend:

Telefon Festnetz:

Telefon mobil:

**Vater**

Vorname und Name:

Geburtsjahr:

Beruf:

Anschrift, wenn von Kind abweichend:

Telefon Festnetz:

Telefon mobil:

**Geschwister**

Name

Alter

Tätigkeit (Schule, Klasse, Beruf etc.)

Besonderheiten bei den Geschwistern:

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

Name der Patientin/ des Patienten:

Geburtsdatum:

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 unterzeichnende/n Sorgeberechtigte/n bzw. Bezugsperson, 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 Praxissprechzeiten zu tätigen.

Bei späterer Absage oder Nichterscheinen erklären Sie sich damit einverstanden, eine Ausfallgebühr zu zahlen:

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

**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 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 und Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Unterschrift des Kindes/ Jugendlichen

## Wichtige Hinweise

Vielen Dank für Ihre Angaben. Sie erreichen uns telefonisch von Montag bis Freitag zwischen 8.30 Uhr und 12 Uhr sowie zwischen 14 Uhr und 16 Uhr, außer Mittwoch- und Freitagnachmittag. Sie können auch persönlich vorbeischaun, 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 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. Dies gilt vor allem auch dann, wenn die getrennt lebenden Eltern beide das gemeinsame 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:

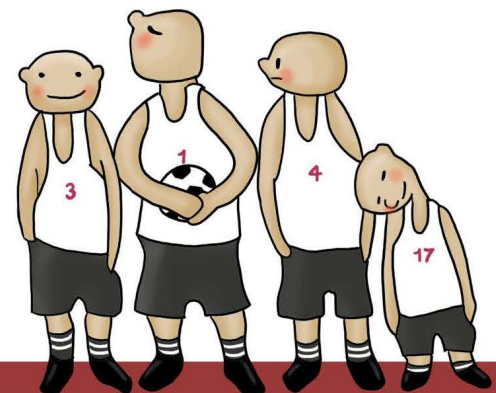
Ich bin/ Wir sind mit den oben beschriebenen Behandlungsbedingungen einverstanden und nehme/ n hiermit die Anmeldung in der Praxis Dr. Quecke vor\*:

Ort und Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Unterschrift des Kindes/ Jugendlichen

Bitte benutzen Sie zum Drucken des Formulars "STRG+P" oder gehen Sie über den Menüpunkt "Drucken".



**\*Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.**