

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

damit wir mit Ihnen einen Termin zur Vorstellung Ihres Kindes vereinbaren können, bitten wir Sie, uns den folgenden Anamnesebogen vollständig ausgefüllt sowie die Einverständniserklärung **aller** Sorgeberechtigter (bzw. Vormund) zur Behandlung in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis zuzusenden (per Post oder Email).

Erst wenn **alle** Unterlagen **vollständig** vorliegen, melden wir und bei Ihnen zur Terminvereinbarung.

Zunächst führen wir mit Ihnen und Ihrem Kind ein Vorgespräch in unserer Praxis. Im Anschluss werden wir i. d. R. Termine zur Diagnostik mit Ihnen vereinbaren. In Abhängigkeit von der jeweiligen Problematik oder Fragestellung werden danach mehrere Termine bei einem\*r unserer Therapeuten\*innen stattfinden. In den meisten Fällen sind diese **Therapeutentermine** nur für ihr Kind allein, ohne Anwesenheit der Eltern. Die **ärztlichen Termine** finden immer mit den sorgeberechtigten Eltern und dem Kind statt.

**Die Diagnostiktermine finden immer vormittags statt**, da die Kinder für bestimmte Testverfahren ausgeruht sein müssen.

Oft ist es sinnvoll, auch Kontakte zu anderen Bezugspersonen der Kinder – wie beispielsweise Lehrern – aufzunehmen. Dies findet nur mit einer schriftlichen Schweigepflichtentbindung durch Sie statt.

Nach den Terminen bei den Therapeuten\*innen findet ein ärztliches Auswertungsgespräch statt. In diesem Gespräch werden Sie über die Ergebnisse der Diagnostik informiert, über die sich unsere Therapeuten\*innen und unsere Ärztin zuvor ausgetauscht haben. Darüber hinaus wird ggf. die Notwendigkeit weitere Maßnahmen besprochen.

Sollten sie verhindert sein, einen Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie diesen Termin so früh wie möglich, jedoch spätestens zwei Werktage zuvor, **absagen**. Außerhalb der telefonischen Sprechzeiten können Sie eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen oder uns unter [arztpraxis\\_kjp@mvz-klinikum-saalekreis.de](mailto:arztpraxis_kjp@mvz-klinikum-saalekreis.de) eine E-Mail schicken. Wir behalten uns vor, Ihnen nicht rechtzeitig oder gar nicht abgesagte Termine/Behandlungen in Rechnung zu stellen (siehe Behandlungsvereinbarung).

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

*Ihr Praxisteam*

---

## Merkzettel

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zum Vorgespräch / Erstgespräch mit:

- Krankenversicherungskarte des Kindes
- Überweisungsschein von Ihrem Kinder- oder Hausarzt
- Berichte von Vorbehandlern **als Kopie zum Verbleib in der Praxis**, z.B. Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung, Lerntherapie, durchgeführte ambulante/stationäre Maßnahmen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, Entwicklungsberichte (Kita)
- Gelbes Vorsorgeheft (U-Heft) und ggf. J-Untersuchungen
- Schulzeugnisse **als Kopie zum Verbleib in der Praxis**
- Behandlungsvertrag und Schweigepflichtentbindung müssen im Original vorgelegt werden!!!

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zu jedem Termin mit:

- Krankenversicherungskarte des Kindes
- 1x im Quartal einen Überweisungsschein von Ihrem Kinder- oder Hausarzt
- aktuelles Zeugnis (einmalig)
- neue Befunde, falls vorhanden

---

## Anamnesebogen

Wir bitten Sie, die Fragen möglichst vollständig zu beantworten, damit wir die Schwierigkeiten Ihres Kindes bestmöglich einschätzen können.

ausgefüllt am: ..... ausgefüllt von: .....

Name: ..... Vorname: .....

(des Kindes/Jugendlichen)

geb.: .....  männlich  weiblich  divers

Straße: ..... Überweiser: .....

PLZ, Wohnort: ..... Überweis.diagn.: .....

Tel.-Nr.: ..... E-Mail : .....

---

Krankenversicherung über: .....

bei: .....

---

Name der Kindesmutter: ..... Adresse, falls abweichend: .....

geb.: ..... .....

Tätigkeit: ..... .....

Schulabschluss: ..... Tel.-Nr.: (privat:) .....

Lebenspartner/in..... (dienstl:) .....

---

Name der Kindesvater: ..... Adresse, falls abweichend: .....

geb.: ..... .....

Tätigkeit: ..... .....

Schulabschluss: ..... Tel.-Nr.: (privat:) .....

Lebenspartner/in..... (dienstl:) .....

---

Sorgerecht: ..... Vormund: .....

Familienstand: .....

Vorbehandlungen / Therapien:  nein  ja

---

Wenn Ja , wo:.....

.....

**Ergänzung bei Pflegschaft**

Name der Pflegemutter: .....

Adresse: .....

geb.: .....

Tätigkeit: ..... Tel.-Nr.:(privat) .....

(dienstl.).....

---

Name des Pflegevater : .....

Adresse: .....

geb.: .....

Tätigkeit: ..... Tel.-Nr.:(privat) .....

(dienstl.).....

---

weitere Kinder (leibliche Kinder, Pflegekinder o.ä.):

Name	Alter	Auffälligkeiten			Besonderheiten (in Haushalt lebend?)
		körperl.	seel.	schul.	

.....  
.....  
.....

---

Kinderpflegedienst/ASD: .....

**Ergänzung bei Lebenspartner der Kindesmutter:**

Name des Lebenspartners: .....

Adresse:.....

geb.: .....

Tätigkeit: ..... Tel.-Nr.:(privat) .....

(dienstl.).....

**Ergänzung bei Lebenspartner des Kindesvaters:**

Name des Lebenspartners: .....

Adresse:.....

geb.: .....

Tätigkeit: ..... Tel.-Nr.:(privat) .....

(dienstl.) .....

**Halbgeschwister, Stiefgeschwister:**

Name	Alter	Auffälligkeiten			Besonderheiten (in Haushalt lebend?)
		körperl.	seel.	schul.	

.....

.....

.....

aktuelle Kindereinrichtung / Schule: .....

.....

Schwerbehindertenausweis     Pflegestufe     Hilfsmittel:

.....

Hilfen für die Familie (Beratungsstellen, Jugendamt/ASD, Sozialamt, Familien- oder Erziehungshilfe o. ä.)

.....

.....

.....

Warum möchten Sie Ihr Kind in unserer Sprechstunde vorstellen?

.....

.....

.....

.....

**I. Angaben zur Familie**

Geschwister

Name	Alter	Auffälligkeiten			Besonderheiten (in Haushalt lebend?)
		körperl.	seel.	schul.	

.....

.....

.....

Familiäre Auffälligkeiten / Krankheiten:

Mutters Familie:                      körperlich: .....

(selbst, Eltern, Geschwister, Großeltern)                      seelisch: .....

   Traumata: .....

Vaters Familie:                      körperlich: .....

(selbst, Eltern, Geschwister, Großeltern)                      seelisch: .....

   Traumata: .....

## **II. Angaben zum Kind**

Platz in der Geschwisterreihe: ..... von ..... Kindern

Schwangerschaft: (Wunschkind; körperliche oder seelische Erkrankungen, besondere Lebensumstände, Traumata, Phantasien zum Kind)

.....  
.....  
.....  
.....

Rauchen       Alkohol       Drogen

Geburt in der ..... Schwangerschaftswoche

zu Hause       in der Klinik  
 spontan       Einleitung       Sectio

Dauer: .....      Komplikationen: .....

Geburtsgewicht: .....      Geburtslänge: .....      KU: .....

APGAR: .....

Stilldauer: .....

Nachgeburtszeit (postpartale Depression / Regulationsstörung beim Kind bzgl. Schlafen, Trinken, Schreien):

.....  
.....  
.....  
.....

### **Entwicklung:**

#### 1. Lebensjahr

Regulationsfähigkeit (Schlaf-Wach-Rhythmus): .....

Koliken: .....

Gedeihen – Füttersituation: .....

Krankheiten / Dauermedikamente: .....

Verhalten / Auffälligkeiten: .....

Wann?

Krabbeln: .....  
Stehen: .....  
Sitzen: .....  
Laufen: .....

Sprache (Erste Worte): .....  
Verständnis: .....  
Auffälligkeiten: .....

Selbstständigkeitsentwicklung: .....

Sauberkeitsentwicklung:     trocken, seit .....  
    sauber, seit .....

	Kleinkind-Alter	aktuell
Ängste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwänge:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressionen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tics:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daumenlutschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haardrehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialverhalten:		
Lügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zündeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulverweigerung/ -angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

aktuell

Stärken (Was kann Ihr Kind gut / Was macht Ihr Kind gerne?):

.....  
.....

Abneigungen:

.....  
.....

Konzentration: .....

Essen: .....

Spielen: .....

Schlafen: .....



Erste Regelblutung: .....

Nikotin

Alkohol

Drogen

.....  
 TV- / Medienkonsum

PC- oder Konsolen-Spiele

Wenn ja, wie oft / wie lange: .....

Besuch Kindereinrichtungen

Gibt/ gab es Auffälligkeiten?  
Eingewöhnungsprobleme?

Krippe (Alter des Kindes): .....

Kindergarten: .....

Vorschule: .....

Einschulung/Rückstellung/Wiederholung: .....

Schule/ aktuelle Klasse/ sonderpädagogischer Förderung: .....

Leistungen/Verhalten: .....

Ausbildung: .....

Fertigkeiten/Hobbys: .....

bisherige Erkrankungen/Allergien/Krankenhausaufenthalte/Kuren/Unfälle/Operationen:

Medikamente: .....

**III. Jetzige Probleme** (in Familie, Kindergarten oder Schule)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**IV. bisherige Behandlungen und Therapien**

(Ärzte, Psychologen, Beratungsstellen, Förderungen u. Therapien, etc. mit Beh.zeitraum)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Behandlungsvereinbarung

Name, Vorname des Kindes: .....

geb.: .....

Str.: .....

PLZ: .....

### Schweigepflichtentbindung

Um eine bestmögliche Behandlung Ihres Kindes zu gewährleisten und Doppelunter-suchungen zu vermeiden, bitten wir sie um Mithilfe und die Erteilung Ihres Einverständnisses.

Hiermit entbinde(n) ich/wir die o.g. Praxis für KJPP sowie

Arzt: .....

Psychologe/Psychotherapeut: .....

Therapeut: .....

Beratungsstelle: .....

Kindergarten/Schule: .....

Institution (Jugend-/Gesundheits-/Sozialamt): .....

Klinik/Kur: .....

Sonstiges: .....

gegenseitig von ihrer Schweigepflicht.

Befunde und Berichte können erfragt, angefordert und übermittelt werden, Hilfen und Therapie-vorschläge können besprochen werden.

**Hiermit vereinbare(-n) ich/wir mit o.g. Praxis für KJPP die Behandlung für oben genanntes Kind.**

Hinweis: Grundsätzlich findet ohne die KV-Karte keine Behandlung statt. Falls uns die KV-Karte nicht innerhalb von 10 Tagen vorliegt, behalten wir uns vor, eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen zu stellen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr von 50,00 € je angefangene halbe Stunde berechnen müssen, sofern die Terminlücke nicht durch einen anderen Patienten geschlossen werden kann (nach § 615 BGB).

Datum: .....                      Unterschrift:  Mutter: .....

Vater: .....

Vormund: .....

Patient ab 18 Jahren: .....

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.  
Dann findet keine weitere Datenübermittlung statt.