

An
Dr. med. Günay Aydincioglu
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Am Markt 15
59597 Erwitte

Vorname des Kindes: _____
Name: _____
Geb. am: _____ Geschlecht: _____
Straße, Haus-Nr: _____
PLZ, Ort: _____
Krankenkasse: _____
Telefonnummer: _____

FRAGEBOGEN

Um uns auf Ihren Termin vorzubereiten sind für uns einige Informationen notwendig und wichtig.
Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben streng vertraulich behandeln.
Für Ihre Mithilfe bedanken wir uns.

Angaben zur Familie

Vor- und Nachname des Vaters:

Geburtsjahr, Beruf

Vor- und Nachname der Mutter

Geburtsjahr, Beruf

Verheiratet seit

Getrennt/geschieden seit:

Sorgerecht liegt bei: Mutter Vater

Kind lebt bei:

Geschwister:

(Alter und Geschlecht)

Kinderarzt/Hausarzt d. Kindes:

Praxis Dr. med. Günay Aydincioglu

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Am Markt 15, 59597 Erwitte

Tel.: 02943 97760-0

Fax 02943 97760-22

kontakt@praxis-aydincioglu.de

Name, Vorname des Kindes:	Geburtsdatum:
----------------------------------	----------------------

Kindergarten/Schulische Situation

Das Kind besucht zurzeit:

Kindergarten

Schule

Klasse:.....Schultyp:.....

Wiederholungen:.....

Vorstellungsgründe

Was sind die aktuellen Gründe der Vorstellung? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt Ihr Kind?

.....

.....

.....

Haben Sie sich schon an andere Stellen gewandt?

Erziehungsberatungsstelle Jugendamt Sozialamt Schule

Gesundheitsamt Kinderarzt Psychologe oder sonstige Stellen wie:

.....

.....

Welche Empfehlungen haben Sie erhalten? Mit welchem Erfolg?

.....

Was ist Ihr Auftrag an uns? Welche Vorstellungen haben Sie, wie wir Sie unterstützen können?

.....

Wir, die Erziehungsberechtigten bzw. Vormund versichern, dass sich das Kind zurzeit nicht in anderer psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung befindet. Die Unterschrift mit Ort und Datum aller Sorgeberechtigten ist zwingend erforderlich!

(Ort, Datum)

(Unterschrift Mutter)

(Unterschrift Vater)

(ggf. Vormund/ Sorgeberechtigter)

Praxis Dr. med. Günay Aydincioglu

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Am Markt 15, 59597 Erwitte

Tel.: 02943 97760-0 Fax 02943 97760-22 kontakt@praxis-aydincioglu.de

Name, Vorname des Kindes:	Geburtsdatum:
----------------------------------	----------------------

Sehr geehrte Eltern bzw. Sorgeberechtigter!

Für Ihr Vertrauen in unsere Praxis bedanken wir uns zunächst einmal und müssen Sie bei dieser Gelegenheit auf einen wichtigen Punkt aufmerksam machen:

Wir können mit der Untersuchung, Diagnostik und ggf. Therapie Ihres Kindes nur dann beginnen, wenn das schriftliche Einverständnis aller sorgeberechtigten Personen vorliegt.

Nur dann ist die rechtliche Grundlage für die Behandlung Ihres Kindes gegeben.

Eine Terminierung zum Erstgespräch ist erst möglich, wenn uns alle Formulare unterschrieben vorliegen. Schicken Sie uns bitte deshalb die unten aufgeführte Erklärung, sowie die weiteren Formulare vor Terminierung zu.

Einverständniserklärung

Wir sind mit der Behandlung in der Praxis Dr. med. Günay Aydincioglu einverstanden.

Wir sind darüber aufgeklärt, dass wir diese Einwilligung jederzeit widerrufen können!

Name des Kindes: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift Mutter)

(Unterschrift Vater)

(ggf. Vormund/ Sorgeberechtigter)

Praxis Dr. med. Günay Aydincioglu

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Am Markt 15, 59597 Erwitte

Tel.: 02943 97760-0

Fax 02943 97760-22

kontakt@praxis-aydincioglu.de

Name, Vorname des Kindes:	Geburtsdatum:
----------------------------------	----------------------

Bitte die kompletten Namen und Adressen der ELTERN

bzw. der Sorgeberechtigten/ des Vormunds aufführen!

Name, Vorname/Vater:.....

Erziehungsberechtigter/gesetzlichen Vertreter

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

PLZ und Wohnort:.....

Telefon:.....

Name, Vorname/Mutter:.....

Erziehungsberechtigter/gesetzlichen Vertreter

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

PLZ und Wohnort:.....

Telefon:.....

(Ort, Datum)

(Unterschrift Mutter)

(Unterschrift Vater)

(ggf. Vormund/ Sorgeberechtigter)

Praxis Dr. med. Günay Aydincioglu

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Am Markt 15, 59597 Erwitte

Tel.: 02943 97760-0

Fax 02943 97760-22

kontakt@praxis-aydincioglu.de

Name, Vorname des Kindes:	Geburtsdatum:
----------------------------------	----------------------

Schweigepflichtsentbindung:

Hiermit entbinden wir die behandelnde Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie Frau Dr. med. Günay Aydincioglu sowie die behandelnden Therapeuten der Praxis von der ärztlichen **Schweigepflicht und willigen ein**, dass sie bei Vorbehandlern bzw. zuständigen Institutionen Informationen und Beobachtungsdaten zum Zweck der weiteren Behandlung unseres Kindes einholen und übermitteln darf.

Wir sind darüber aufgeklärt, dass wir diese Einwilligung jederzeit widerrufen können!

Name Mutter/Erziehungsberechtigte/Vormund: _____

Name Vater_/Erziehungsberechtigte/Vormund: _____

Folgende Institutionen entbinden wir von der Schweigepflicht:

Vorbehandler/ Institution/ Schule	Ansprechpartner	Adresse	Telefonnummer

(Ort, Datum)

(Unterschrift Mutter)

(Unterschrift Vater)

(ggf. Vormund/ Sorgeberechtigter)

Praxis Dr. med. Günay Aydincioglu

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Am Markt 15, 59597 Erwitte

Tel.: 02943 97760-0 Fax 02943 97760-22 kontakt@praxis-aydincioglu.de

Name, Vorname des Kindes:	Geburtsdatum:
----------------------------------	----------------------

Verdienstausfall-Vereinbarung

Ärztliche Information:

Meine Praxis wird als reine Einbestellpraxis geführt, das heißt, wir haben für Ihr Kind und Sie einen **festen Termin** für das Erstvorstellungsgespräch eingerichtet. Der Termin kann einen Zeitrahmen von 30 Minuten, 45 Minuten oder 90 Minuten umfassen.

An diesem Termin wird die weitere Diagnostik für ihr Kind geplant und die dafür erforderlichen Termine eingerichtet.

Für den weiteren Ablauf ist es daher absolut notwendig, dass Sie und ihr Kind diese Termine einhalten, bzw. dass Sie die **Termine bis spätestens 24 Stunden vorher absagen**.

Wird ein Termin von Ihnen nicht frühzeitig genug abgesagt, so entsteht ein Ausfallschaden, da für diese Zeit kein anderer Patient kurzfristig einbestellt werden kann.

Ich bin daher gezwungen, die reservierte Stunden, die vom Patienten oder dessen Sorgeberechtigten **unentschuldigt** nicht wahrgenommen werden, privat in Rechnung zu stellen.

Kosten: 80,00 Euro

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten zur Verdienstausfall-Vereinbarung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir der Verdienstausfall mit 80,00 Euro in Rechnung gestellt wird, falls ich den vereinbarten Termin nicht rechtzeitig absage!

(Ort, Datum)

(Unterschrift Mutter)

(Unterschrift Vater)

(ggf. Vormund/ Sorgeberechtigter)