

CHECKLISTE zum Erstgespräch

Formulare für das Erstgespräch:

(!!! bitte ausdrucken und ausgefüllt eine Woche vor Erstgespräch Termin der Praxis zukommen lassen (Postweg) / in der Praxis abgeben !!!)

- Einverständniserklärung (**bei Vormund mit Bestallungsurkunde in Kopie**)
- Schweigepflichtentbindung (SPE)
- Patienten Merkblatt zum Datenschutz (DSGVO) (*für Ihre eigenen Unterlagen*)
- Erhalt des Patientenmerkblatt zum Datenschutz und weitere Datenschutzbestimmungen
- Anamnese Fragebogen medizinisch
- Anamnese Fragebogen Entwicklungsgeschichte & Familie
- Wichtige Informationen zu Terminen
- Erklärung bei Nichtvorlage der Krankenkassenkarte (Selbstkostenerklärung – bei **gesetzl. Versicherten**) (**bitte zusätzlich ausdrucken !!!**)
- Erklärung für **Privatversicherte (GOÄ)** (**bitte zusätzlich ausdrucken !!!**)
- Patienteneinwilligung zur Übermittlung von Rezepten und Verordnungen (**bei Bedarf ausdrucken !!!**)

Zusätzliche Unterlagen von Ihnen (bitte zum Erstgespräch mitbringen):

- Überweisung und / oder Krankenversichertenkarte
- Medizinische Vorbefunde
- Vorbefunde aus vorherigen psychiatrischen / psychologischen Behandlungen
- Vorbefunde von Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik, Heilpädagogik
- Grundschulzeugnisse und Zeugnisse der weiterführenden Schule (**bei Zeugnissen in Heftform in Kopie!**)
- ggf. Gutachten
- Foto des Kindes (wenn möglich)
- Gelbes Untersuchungsheft (für körperliche Untersuchung)
- Impfausweis (für körperliche Untersuchung)

C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50
Fax: 0221 – 16 99 60 49

info@ostermann-praxis.de
www.ostermann-praxis.de

Einverständniserklärung

Hiermit stimmen wir als Sorgeberechtigte / Vormund von

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

- zu, dass unser Kind / Mündel zum Zweck der Gesprächsführung, Diagnostik, Therapieplanung und Behandlung in o.g. Praxis vorgestellt wird.
- zu, dass ggfs. auch Lebensgefährten / -innen, bei den Gesprächen mit anwesend sein dürfen, oder diese im Auftrag führen dürfen.

(nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum _____

Sorgeberechtigte(r)
(Name in Druckbuchstaben/ Unterschrift)

Sorgeberechtigte(r)
(Name in Druckbuchstaben/ Unterschrift)

Vormund
(Name in Druckbuchstaben/ Unterschrift)

(Bestellungsurkunde in Kopie beigelegt)

C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50
Fax: 0221 – 16 99 60 49

info@ostermann-praxis.de
www.ostermann-praxis.de

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Hiermit willige(n) ich/ wir,

Name: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

ein, dass die personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) meines/unseres Sohnes, meiner/unserer Tochter, des Mündels, oder meine (ab 18. Lebensjahr)

(Name, Vorname)

(Geb. Datum)

über die Behandlung bei C.-H. Ostermann, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Möhlstraße 26, 51069 Köln, und dessen Mitarbeiterinnen
(zutreffendes bitte unterstreichen)

C.-H. Ostermann

T. Meusel

V. Di Leo

F. Picornell

weitergegeben werden dürfen.

von diesen über meine Behandlung dort **im erforderlichen Umfang eingeholt** werden dürfen.

Nachfolgend sollen die Austauschpartner namentlich genannt werden:

die/den einweisende(n) Ärztin/Arzt (Name/Anschrift)

weitere Ärzte / Therapeuten (Name/Anschrift)

Schule (Name/Anschrift)

Kindergarten (Name/Anschrift)

Vor- und weiterbehandelnde Institutionen (Name/Anschrift)

Jugendamt (Name/Anschrift)

Sonstige (Name/Anschrift)

Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder in Teilen, formlos widerrufen werden. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten

C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50
Fax: 0221 – 16 99 60 49

info@ostermann-praxis.de
www.ostermann-praxis.de

ERHALT DES PATIENTENMERKBLATT ZUM DATENSCHUTZ UND WEITERE DATENSCHUTZBESTIMMUNGEN

Liebe Eltern, Sorgeberechtigte und Kinder,

der Schutz der Daten Ihres Kindes ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses dürfen wir die Daten Ihres Kindes erheben und verarbeiten. Hierzu ist ein Merkblatt zum Datenschutz an Sie ausgehändigt worden.

- zu dem Merkblatt habe ich keine weiteren Fragen.
- mir ist bekannt, dass ich das aktuelle Merkblatt jederzeit in der Praxis einsehen kann und eventuell auftretende Fragen stellen kann.

Hiermit bestätige ich den Erhalt des Merkblattes zum Datenschutz für unseren Sohn/ unserer Tochter/ des Mündels,

(Name, Vorname)

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten

Hinsichtlich der Sicherheit der Verarbeitung insbesondere in Bezug auf Vertraulichkeit und Integrität der Daten (Artikel 32 DSGVO) bitten wir darum, dass Sie die im folgenden aufgeführten Punkte

- Verbot von Video- und Tonaufnahmen der Diagnostikbehandlungen und Therapiesitzungen
- das Verbot der Nutzung von unverschlüsseltem E-Mail-Verkehr (Ausnahme sind z.B. Terminabsprachen ohne Hinweis auf eine psychotherapeutische Behandlung mit neutralem Betreff.)

zur Kenntnis nehmen und uns diese bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten

C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50
Fax: 0221 – 16 99 60 49

info@ostermann-praxis.de
www.ostermann-praxis.de

Medizinische Anamnese

Name des Kindes: _____

Bitte unterstreichen Sie passende Antworten.

Verstehen Sie Fragen nicht, markieren Sie diese bitte mit einem Kreuz.

Haben Sie ergänzende Angaben zu den Fragen, geben Sie der Frage eine Nummer und schreiben Sie ergänzende Angaben unter der von Ihnen gewählten Nummer am Ende des Fragebogens auf, oder verwenden Sie ein zusätzliches Blatt.

Gewünschte, unerwünschte, geplante, ungeplante Schwangerschaft:

Alter der Mutter bei Eintritt der Schwangerschaft: _____ Jahre

Die wievielte Schwangerschaft einschließlich Abbrüchen und Fehlgeburten war diese:

Psychische Belastungen in der Schwangerschaft:
Wenn ja, welche?

Körperliche Erkrankungen in der Schwangerschaft:
Wenn ja, welche?

Einnahme von Medikamenten in der Schwangerschaft?
Wenn ja, welche?

Konsum von Zigaretten, Alkohol, Drogen in der Schwangerschaft:
Wenn ja, welche?

Verlauf der Geburt? Spontangeburt, Risikospontangeburt, Hausgeburt, Kaiserschnitt

Geburtswerte: Größe: _____, Gewicht: _____, Kopfumfang _____
pH-Nabelschnur: _____, APGAR: _____, Schwangerschaftswoche: _____

Verlauf der ersten 4 Wochen nach der Geburt? Unauffällig, Gelbsucht, Perinatalzentrum, Beatmung, sonstige Auffälligkeiten:

Befinden der Mutter nach Geburt? Gut, „Baby Blues“, Wochenbettdepression (Dauer: _____)
Anpassungsprobleme:

Gestillt? _____ Wenn ja, Dauer: _____

Schlafstörungen im ersten Lebensjahr?

Ernährungsprobleme im ersten Lebensjahr?

Verhalten im ersten Lebensjahr: Auffälligkeiten (Stimmung, Körperkontakt, Interesse an der Umwelt, Lächeln, etc.?)

Laufalter: _____ Sprachentwicklung: _____
Windelfrei Tags: _____ Windelfrei Nachts: _____

Erneutes Einnässen und Einkoten nach Trockenheit:

Auffälligkeiten in der Fein- Grapho-, Grobmotorik, Gleichgewicht in der Entwicklung?
Wenn ja, welche?

Muttersprache:

Wenn Deutsch nicht die Muttersprache ist, wann wurde Deutsch erlernt?

Hinweise, dass das Kind dem gegengeschlechtlichen Geschlecht angehören möchte?

Sexuelle Orientierung / Selbstdefinition? Noch nicht definiert, heterosexuell, homosexuell, bisexuell, andere:

Bei Mädchen: Zeitpunkt der ersten Periode:

Konsum von Substanzen des Kindes: Zigaretten, Alkohol, Drogen:
Wenn ja, welche?

Vorerkrankungen des Kindes: Gehirn, Epilepsie, Fieberkrämpfe, Nerven, Muskel, Knochen, chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Neurodermitis) Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüse), Herz-Kreislaufferkrankungen, Allergien, andere Erkrankungen:

Körperliche Erkrankungen in der Familie (Eltern, Großeltern, Onkel, Tanten, Cousin, Cousinen):
(z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Herzinfarkt):

Bisherige Operationen des Kindes: (Blinddarm, Leistenbruch, Beschneidung, Mandeln, Paukenröhrchen, Polypen, Trommelfellschnitt, etc.) Alter des Kindes bei der Operation:

Gab es Knochenbrüche, Gehirnerschütterungen, Unfälle mit Krankenhausaufenthalt über Nacht?
Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Hat oder hatte Ihr Kind Probleme beim: Reißverschlüsse schließen, kleine Knöpfe knöpfen, ausdauernd malen und schreiben, klettern, Radfahren, Roller fahren, Rollschuhfahren, Schlittschuhfahren, anderen motorischen Tätigkeiten?

War oder ist Ihr Kind motorisch so veranlagt, dass die Beschreibungen langsames Arbeiten, Ungeschicklichkeit, tollpatschig, zutreffen und treten dadurch vermehrte Verletzungen auf

Aufstehzeit werktags?

Wochenende?

Wie lange braucht Ihr Kind morgens, um aus dem Bett zu kommen?

Ist Ihr Kind tagsüber müde, oder schläft?

Bettzeit werktags?

Wochenende?

Wie lange braucht Ihr Kind im Schnitt, um einzuschlafen?

Schläft Ihr Kind durch?

Alpträume?

Nachtschreck?

Schläft Ihr Kind im eigenen Bett?

Schläft Ihr Kind alleine ein?

Benutzt Ihr Kind im Bett vor dem Einschlafen Bildschirmmedien?

Welche?

C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50
Fax: 0221 – 16 99 60 49

info@ostermann-praxis.de
www.ostermann-praxis.de

Entwicklungsgeschichte & Familien Anamnese

Name des Kindes: _____

Bitte unterstreichen Sie passende Antworten.

Verstehen Sie Fragen nicht, markieren Sie diese bitte mit einem Kreuz.

Haben Sie ergänzende Angaben zu den Fragen, geben Sie der Frage eine Nummer und schreiben Sie ergänzende Angaben unter der von Ihnen gewählten Nummer am Ende des Fragebogens auf, oder verwenden Sie ein zusätzliches Blatt.

Betreuung des Kindes vor dem Kindergarten: Mini Club, Tagesmutter, PEKIP, etc.:
Eintrittsalter und Dauer:

Auffälligkeiten in dieser Zeit?

Eintrittsalter in den Kindergarten?

Austrittsalter?

Auffälligkeiten im Kindergarten? Motorische Unruhe, Trennungsprobleme, erneutes Einnässen und/oder Einkoten, Sozialverhaltensprobleme, alleine Spielen, nicht im Stuhlkreis sitzen können, Sprachprobleme, nicht mit anderen Reden, Konzentration, andere:

Wechsel des Kindergartens und warum?

Wie wird oder wurde die Kindergartenzeit erlebt? (positiv, negativ, weder noch)

Eltern:

Kind:

Eintrittsalter in die Schule?

Rückstellung?

Probleme bei Eintritt in die Schule? (Trennungsangst, Einkoten, Einnässen, anderes)

Auffälligkeiten in der Grundschulzeit? (Trennungsprobleme, keine Freunde, sozialer Rückzug, Traurigkeit, körperliche Beschwerden, (z.B. Bauch-, Kopfschmerzen, Schwindel), Konzentrationsprobleme, Verträumtheit, motorische Unruhe, Impulsivität, aggressives Verhalten (verbal / körperlich) gegen Kinder und / oder Lehrer, nicht sprechen, Angst, Schulschwänzen, Schulverweigerung, Mobbing, andere)

Auffälligkeiten in der weiterführenden Schule? (Beispiele siehe Frage zuvor):

Probleme Lesen / Schreiben/ Rechnen?

Seit der wievielten Klasse?

Lautgetreu Schreiben gelernt?

Wie viel Zeit wird im Schnitt am Tag für Hausaufgaben aufgewendet?
Werden am Wochenende Hausaufgaben gemacht und wenn ja wie lange?

Wurde oder wird Ihr Kind mit einem Förderschwerpunkt beschult (emotional / sozial, Lernen, geistige Entwicklung, Sprache, Hören, körperliche und motorische Entwicklung)?
Wenn ja, seit wann?

Welche Grundschule(n) besuchte Ihr Kind? (z.B. 1.-3- Klasse GGS Musterstadt, 4. Klasse KGS XX)

Erfolgte ein Wechsel der Grundschule und wenn ja, warum?

Welchen Schulabschluss hat Ihr Kind erreicht?

Welche Klassen wurden wiederholt und der Wiederholungsgrund?

Hobbys des Kindes in der Freizeit? (Sportvereine, andere Vereine, Musik, Kreativarbeit, Jugendzentren, Freunde treffen, feste Freundin / Freund, spielen, et.)

Bildschirme: Handy, Laptop, Tablet, Fernseher, Play-Station, x-Box, Nintendo, etc.)
Wie viel Zeit verbringt ihr Kind unter der Woche / Wochenende pro Tag im Durchschnitt an Bildschirmen?
Woche? Wochenende?

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Tag im Durchschnitt mit körperlicher Aktivität (Sport, etc.)?

Wurde Ihr Kind in den ersten 3 Lebensjahren länger als 2-3 Wochen von einem Elternteil getrennt?

Wo lebt Ihr Kind? (Eltern, Mutter, Vater, Wohngruppe, Adoptiv-, Pflegefamilie, andere)?

Bisherige Hilfen (Sprachtherapie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Psychomotorik, Heilpädagogik, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiater, Sozialpädiatrisches Zentrum, Frühförderzentrum, Jugendamt, Schulpsychologischer Dienst, Wohngruppen, Flexible Erziehungshilfe, Sozialpädagogische Familienhilfe, Autismus Therapiezentrum, Homöopathie, Osteopathie, andere alternative Heilmethoden, andere)?
Von wann bis wann?

Leibliche Mutter: Name:	Geburtsdatum:
Nationalität:	In Deutschland seit:
Schulabschluss:	Ausbildung als:
Aktueller Beruf:	Wie viel Stunden pro Woche?
Selber Scheidungskind, Adoptivkind, Pflegekind, in Wohngruppe groß geworden?	

Leiblicher Vater: Name:	Geburtsdatum:
Nationalität:	In Deutschland seit:
Schulabschluss:	Ausbildung als:
Aktueller Beruf:	Wie viel Stunden pro Woche?
Selber Scheidungskind, Adoptivkind, Pflegekind, in Wohngruppe groß geworden?	

Lebensgefährtin / Stiefmutter / Pflegemutter / Adoptivmutter / Soziale Mutter:
 Name: Geburtsdatum:
 Nationalität: In Deutschland seit:
 Schulabschluss: Ausbildung als:
 Aktueller Beruf: Wie viel Stunden pro Woche?

Lebensgefährte / Stiefvater / Pflegevater / Adoptivvater / Sozialer Vater:
 Name: Geburtsdatum:
 Nationalität: In Deutschland seit:
 Schulabschluss: Ausbildung als:
 Aktueller Beruf: Wie viel Stunden pro Woche?

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?

Wie viele Halb- / Stief- / Pflegegeschwisterkinder hat Ihr Kind?

Geschwisterkind 1: Name:
 Kindergarten / Schultyp (Klasse) / Ausbildung / Beruf:
 Lebt bei Familie, Mutter, Vater, Wohngruppe, eigene Wohnung, eigene Familie

Geschwisterkind 2: Name:
 Kindergarten / Schultyp (Klasse) / Ausbildung / Beruf:
 Lebt bei Familie, Mutter, Vater, Wohngruppe, eigene Wohnung, eigene Familie

Geschwisterkind 3: Name:
 Kindergarten / Schultyp (Klasse) / Ausbildung / Beruf:
 Lebt bei Familie, Mutter, Vater, Wohngruppe, eigene Wohnung, eigene Familie

Geschwisterkind 4: Name:
 Kindergarten / Schultyp (Klasse) / Ausbildung / Beruf:
 Lebt bei Familie, Mutter, Vater, Wohngruppe, eigene Wohnung, eigene Familie

Geschwisterkind 5: Name:
 Kindergarten / Schultyp (Klasse) / Ausbildung / Beruf:
 Lebt bei Familie, Mutter, Vater, Wohngruppe, eigene Wohnung, eigene Familie

Seit wann kennen sich die Eltern?	Paarbeziehung seit:
Datum Heirat?	Jahr der Trennung der Eltern?
Jahr der Scheidung?	
Belastungen der Paarbeziehung der Eltern?	

Ist die Familie auf finanzielle Hilfen durch Ämter, etc. angewiesen?

Erlebt sich die Familie als finanziell belastet?

Wie viele Räume stehen der Familie in Ihrer Wohnung zur Verfügung?
 Schlafen Kinder gemeinsam in einem Zimmer?
 Wenn ja, welche Kinder?

Psychische, oder sehr belastende Erkrankungen in der Familie (Depression, Zwang, Angst, Psychose, Manie, Demenz, Essstörungen, Suchterkrankungen (Alkohol, Nikotin, andere Substanzen), Trauma, Lese-Rechtschreibstörung, Rechenstörungen, verlängertes Einnässen, Selbstmord und Selbstmordversuche, unerwartete Todesfälle) bei Eltern, Geschwistern, Großeltern, Onkel und Tanten?

Wenn ja, wer, welche Erkrankung und wie behandelt?

Hatte Ihr Kind Polizeikontakte und gibt es Verurteilungen?
Grund?

Wichtige Informationen zu Terminen

Sehr geehrte Eltern, Sorgeberechtigte und Kinder,

nachdem Sie Ihr Erstgespräch bei uns hatten, erhalten Sie einige Termine. Diese finden in der Regel vormittags statt. Dafür erhält Ihr Kind selbstverständlich eine Entschuldigung für die Schule.

Wenn Sie einen **Termin nicht wahrnehmen** können, geben Sie uns bitte grundsätzlich, **mindestens 24 Stunden** vorher Bescheid. Ihre Nachricht können Sie telefonisch (gerne auch auf unserem Anrufbeantworter), per Mail oder über das Kontaktformular auf unserer Homepage, hinterlassen.

Wichtig! Wenn Sie einen Termin abgesagt haben, sollten Sie unbedingt daran denken uns anzurufen, um einen neuen Termin zu vereinbaren, da sich ansonsten die Behandlung Ihres Kindes verzögern kann.

Verpasste Termine, die von Ihnen nicht abgesagt wurden, haben zur Folge, dass alle weiteren bereits vereinbarten Termine gestrichen werden und von uns neu vereinbart werden müssen.

In diesem Fall müssen wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 60,00 € (für 1 Stunde) oder 30,00 € (für ½ Stunde) in Rechnung stellen.

Zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum

Unterschrift des /der Sorgeberechtigten