

# 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](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://www.ostermann-praxis.de)

---

Sehr geehrte Eltern, Sorgeberechtigte und Kinder,

wir begrüßen Sie in unserer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Für eine vollumfängliche Diagnostik möchten wir Sie bitten, uns folgende Unterlagen zur Verfügung zu stellen, welche Sie bitte **zum Erstgespräch** mitbringen:

- Krankenversichertenkarte / ggf. Überweisung (nicht zwingend erforderlich)
- Medizinische Vorbefunde (in Kopie)
- Vorbefunde aus vorherigen psychiatrischen / psychologischen Behandlungen (in Kopie)
- 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)

Nach dem Erstgespräch erhalten Sie die Behandlungstermine für Ihr Kind. Ein wichtiger Termin, der u.a. in der Diagnostik durchgeführt wird, ist die **körperliche Untersuchung** bei Herrn Ostermann. Hier muss eine erwachsene Person mit anwesend sein.

Außerdem bitten wir Sie, zu diesem Untersuchungstermin das **gelbe Untersuchungsheft** und den **Impfausweis** Ihres Kindes mitzubringen. Vielen Dank!

Des Weiteren bitten wir Sie, dass

## **„FORMULAR - PAKET zum ERSTGESPRÄCH“**

komplett auszufüllen und auszudrucken!

Es beinhaltet die wichtigsten Formulare zum Erstgespräch, sowie eine **Checkliste** für Sie zur Übersicht.

Alle Formulare benötigen wir spätestens eine Woche vor dem Erstgespräch Termin **!!!AUSGEFÜLLT!!!** und im **!!!ORIGINAL!!!** in der Praxis zurück.

(per Postweg, Einwurf Briefkasten, oder durch Abgabe in der Praxis – **nicht per Mail!** - da Unterschriften im Original vorliegen müssen)

Gerne können Sie diese Formulare auch vorab in unserer Praxis abholen!

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Ihr TEAM der Praxis Ostermann

## 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
- Selbstkostenerklärung – bei **gesetzlich Versicherten** (Erklärung bei Nichtvorlage eines gültigen Krankenversicherungsnachweises)
- Erklärung für **privat Versicherte und Selbstzahler (GOÄ)**

### **Zusätzliche Unterlagen von Ihnen (bitte zum Erstgespräch mitbringen):**

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

### **Bitte erst zum FOLGETERMIN „körperliche Untersuchung“ mitbringen:**

- gelbes Untersuchungsheft
- Impfausweis

# 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](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://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](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://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**

**J. Reber**

**C.-A. Wiedemann**

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](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://www.ostermann-praxis.de)

---

## PATIENTEN - MERKBLATT ZUM DATENSCHUTZ (DSGVO)

Liebe Eltern, Sorgeberechtigte und Kinder,

der Schutz der personenbezogenen Daten Ihres Kindes ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung: Cord-Henrich Ostermann

Praxisname: Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Cord-Henrich Ostermann

Adresse: Möhlstraße 26, 51069 Köln

Kontaktdaten: Tel.: 0221 – 16 99 60 50

E-Mail: [info@ostermann-praxis.de](mailto:info@ostermann-praxis.de)

(Sie erreichen den zuständigen Datenbeauftragten unter: siehe oben)

### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen/Ihrem Kind, dem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir die personenbezogenen Daten, insbesondere die Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte/Therapeuten erheben.

Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Ihr Kind in Behandlung ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3. Empfänger der Daten

Wir übermitteln die personenbezogenen Daten Ihres Kindes nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger personenbezogener Daten Ihres Kindes können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihrem Kind erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

#### 4. **Speicherung der Daten**

Wir bewahren die personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben (z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut §28 Absatz 3 der Röntgenverordnung).

#### 5. **Ihre Rechte**

Sie haben das Recht, über die Ihr Kind betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns **zuständigen Aufsichtsbehörde** lautet:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen  
Postfach 20 04 44  
40102 Düsseldorf  
Telefon: 0211/38424-0                      Telefax: 0211/38424-999  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)                      Homepage: <http://ldi.nrw.de>

#### 6. **Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr.1 lit b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Cord-Henrich Ostermann

# 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](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://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





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](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://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?

---

# 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](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://www.ostermann-praxis.de)

---

## 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.

**Während der Sprechzeiten** senden Sie uns bitte **immer** eine **E-Mail** mit Ihrer **Terminabsage** an [info@ostermann-praxis.de](mailto:info@ostermann-praxis.de) oder Sie kontaktieren uns **direkt** über unser **Kontakt-Formular** auf unserer Homepage.

**Außerhalb der Sprechzeiten** können Sie uns auch gerne eine **Nachricht** auf unserem **Anrufbeantworter** 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, können zur Folge haben, 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



# 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](mailto:info@ostermann-praxis.de)  
[www.ostermann-praxis.de](http://www.ostermann-praxis.de)

---

## GOÄ

Bitte ausfüllen

### Patientendaten

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geb. – Datum: \_\_\_\_\_

### Angehöriger / Rechnungsempfänger

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

### Kostenträger

Versicherung: \_\_\_\_\_ Tarif: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Erklärung

Meine Tochter / Mein Sohn \_\_\_\_\_

Kommt als Privatpatient(in) zur Diagnostik und / oder Behandlung. Mir ist bekannt, dass mir die Behandlung persönlich auf Basis der für die Liquidation privatärztlicher Leistungen maßgeblichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt wird.

Dementsprechend verpflichte ich mich, unabhängig von der Höhe der Rechnungserstattung durch einen Dritten, den Rechnungsbetrag in voller Höhe zu bezahlen, auch wenn Ihr Behandlungstarif eine andere Erstattungshöhe vorsieht. Es wird der facharztspezifische Schwellenwert (2,8-fach) zur Anwendung gebracht.

Köln, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift