



**Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**

Retzstadter Str. 16 | 97222 Gramschatz |

Dr. med. Michaela Wagner

kjp-gramschatz@web.de

Tel. 09363-995420 | Fax 09363-995546 |

Anmelde- und Auskunftsbogen

Bitte das Formular vollständig ausgefüllt zwei Wochen vor dem Termin zusenden

per Post: Praxis für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Dr. med. Michaela Wagner
Retzstadterstr. 16
97222 Gramschatz

per FAX: 09363-995546

per e-mail: kjp-gramschatz@web.de

Name/Vorname:
(Kind/Jugendlicher)

Geburtsdatum:Geburtsort:.....

Telefon: Handy:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Krankenkasse:

Hauptversicherter:

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnr:

PLZ/Ort:

Sorgeberechtigte: beide Eltern nur Vater nur Mutter Vormund/Jugendamt

Termin wurde bereits für den vereinbart.

Besucht derzeit: Kindergarten Grundschule Förderschule Mittelschule
 Realschule Gymnasium Klasse:

Ausbildung als

Aktueller Leistungsstand: Deutsch Mathematik Englisch

Sonstige

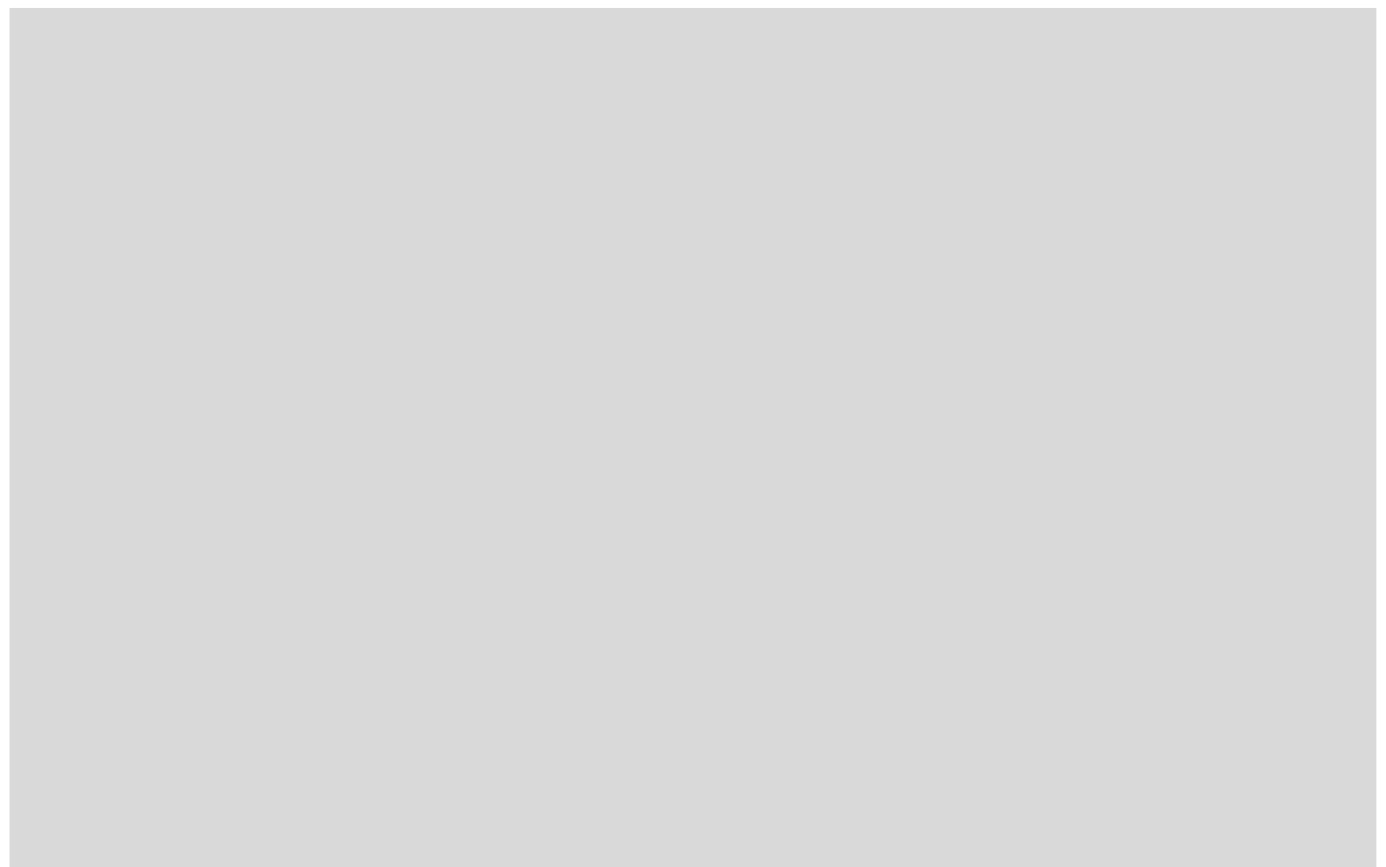
Wir waren bereits bei einem Kinder- und Jugendpsychiater ambulant vorstellig/bzw. in einer Kinder- und

Jugendpsychiatrie: ja nein

Wo?

Wann? (Monat/Jahr).....

Diagnose:



Was bringe ich zum Termin mit?

- unterschriebener Informationsbogen Versichertenkarte des Kindes/Jugendlicher
- Vorsorgeheft/gelbes Untersuchungsheft
- wichtige Arztbriefe/Therapiebefunde/Berichte in Kopie
- Schul-/Ausbildungszeugnisse in Kopie
- Namen der bisherig eingenommenen Medikamente
- unterschriebene Einverständniserklärung des/der nicht beim Termin anwesenden Sorgeberechtigten zur Behandlung des Kindes/des Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis Dr. med. Michaela Wagner

Wichtige Informationen

Name, Vorname:
(Kind/Jugendlicher)

Geburtsdatum:

Vorstellungsgrund:

Aktueller Aufenthalt

Kind/Jugendlicher wohnt bei:

- beiden Eltern
- einem Elternteil: Vater Mutter
- regelmäßiger Kontakt zum anderen Elternteil**
- neuer Lebenspartner im Haushalt des Vaters
 - neuer Lebenspartner im Haushalt der Mutter
 - getrennt seit
 - geschieden seit

Adoptivfamilie seit:

Kind/Jugendlicher über Adoption informiert nicht informiert

Pflegefamilie Einrichtung seit

Jugendamt: Kontakt ja, Frau/Herr

Erziehungsbeistandschaft aktuell früher Frau/Herr

Sozialpädagogische Familienhilfe aktuell früher Frau/Herr

Heilpädagogische Tagesstätte aktuell früher

Familie

leibliche Geschwister Halbgeschwister

nein ja (Geschlecht, Alter, Schulform, Erkrankungen)

Informationen zur Mutter

Name:

Anschrift:

Telefon/Handy:

Geburtsdatum:

Schulabschluss:

Beruf: Teilzeit Vollzeit Schicht

Psychiatrische oder körperliche Erkrankungen in der Familie

mütterlicherseits:

.....

.....

Informationen zum Vater

Name:

Anschrift:

Telefon/Handy:

Geburtsdatum:

Schulabschluss:

Beruf: Teilzeit Vollzeit Schicht

Psychiatrische oder körperliche Erkrankungen in der Familie

väterlicherseits:

.....

.....

mütterlicherseits

.....

.....

Schwangerschaft

Probleme / negative Einflüsse während der Schwangerschaft

Stress Rauchen Alkohol Komplikationen etc.

.....
.....

Geburtstermin:

Besonderheit:

Geburtsgewicht:

Länge:

Kopfumfang:

Geburtsverlauf: unauffällig auffällig Kaiserschnitt Nabelschnurumschlingung

Sauerstoffmangel

Sonstiges:

Entwicklung

Probleme im ersten Lebensjahr:

Schreien Füttern Schlafen Klinikaufenthalt

Keine

ja,

Laufen: normal auffällig: Monate

Sprache: normal auffällig: Monate

Sauberkeit (Stuhlgang) : sauber tagsüber mit Jahren

sauber tags und nachts mit Jahren

Trockenheit (Urin) : sauber tagsüber mit Jahren

sauber tags und nachts mit Jahren

erneut eingenässt/eingekotet mit Jahren

bereits beim Urologen untersucht: (Name/Wann).....

.....
Diagnosen:

Allergien:

.....

Krankenhausaufenthalte/schwere Erkrankungen oder Unfälle:

Wann?.....

Was?..... Dauer?.....

Belastende Ereignisse seit der Geburt des Kindes/Jugendlichen (z.B: Scheidung, Erkrankung,

Erlebnisse etc.)

.....

Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung (z.B. frühe körperliche Reifung, gleichgeschlechtliche Orientierung)

.....

.....

Kindergartenzeit

- Regelkindergarten
- Förderkindergarten / SVE :

.....
 Integration, wegen

Auffälligkeiten

- starke Trennungsangst über Monate
- viele Konflikte
- motorische Unruhe
- Sonstiges

Schulzeit

- Grundschule/Förderschule von Jahre bis Jahre
- Hauptschule Realschule Gymnasium
- Förderschule von bis
- Klassenwiederholung:
- Umschulung:.....
- aktuell früher Nachhilfe in
- aktuell früher Förderkurs für Deutsch / Mathe:

besondere Probleme im Schreiben Lesen Rechnen

- Förderung / Therapie
- Krankengymnastik von bis Jahren,
wegen

- Ergotherapie von bis Jahren,
wegen

- Logopädie von bis Jahren,
wegen.....

- Frühförderung von bis Jahren,
wegen

Erziehungsberatung von bis Jahren, wegen,
bei

Eltertraining.....

Psychotherapie von bis Jahren, wegen
bei.....

Kinder- und Jugendpsychiatrie Klinik / ambulant von bis
wegen.....bei.....

Diagnosen:.....

Medikation Aktuell: keine ja,

(Name).....

Dosierung:.....

Frühere Medikation: keine ja,

(Name).....

Verhaltensbesonderheiten

Stimmung

auffallende Ängstlichkeit Unsicherheit mangelndes Selbstwertgefühl

Situation:.....

.....

.....

.....

.....

auffallende Niedergeschlagenheit keine ja

Traurigkeit Verstimmung

(Ursache)

.....

Freunde ja wenige/keine

(Ursache)

Probleme mit der Aufmerksamkeit Impulsivität Konzentration vorwiegend in:

Schule Hausaufgabensituation Anforderungssituationen Konflikten

„Zwanghaftes“ (immer wiederkehrendes) Verhalten (z.B. Ordnen, Händewaschen) nein ja

„Tick-ähnliches“ Verhalten (z.B. Zuckungen im Gesicht / mit Körperteilen, Räuspern, Laute)

nein ja.

Bereits laufende sozial-psychiatrische Behandlung

Hiermit erkläre ich, dass bei meinem Kind / mir (Patienten ab 18 Jahren)

,geb. keine bereits laufende sozial-psychiatrische
Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder
anderen sozial-psychiatrischen Einrichtungen besteht.

.....,den
(Unterschrift Erziehungsberechtigter / Patient ab 18 Jahren)

Ausfallhonorar:

Hiermit verpflichte ich mich, Termine in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie, Dr. med. Michaela Wagner, spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin
telefonisch oder schriftlich abzusagen. Für den Fall, nicht rechtzeitig abgesagt zu haben, verpflichte
ich mich, für jeden nicht eingehaltenen Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 Euro zu
bezahlen. Dieses Ausfallhonorar fällt nicht an, wenn der Termin nachweislich unverschuldet nicht
wahrgenommen werden konnte und rechtzeitig abgesagt wurde.

.....,den
(Unterschrift Erziehungsberechtigter / Patient ab 18 Jahren)

Einverständniserklärung:

Hiermit erkläre(n) ich (wir) mich (uns) mit der Behandlung

meines/unsere(s) Kindes/Jugendlichen

geb.: in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von Frau

Dr. med. Michaela Wagner einverstanden.

....., den
(Unterschrift Mutter) / (Unterschrift Vater)

Einverständniserklärung:

**zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Als Sorgeberechtigte/r von _____

erkläre ich mich einverstanden, dass

1. der behandelnde Arzt die Behandlungsdaten und Befunde meines Kindes zum Zweck der beim unten aufgeführten Arzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an diesen Arzt übermittelt
(Arztbrief)

2. der behandelnde Arzt bei unten aufgeführten Ärzten, Kliniken oder anderen Leistungserbringern die für die Behandlung meines Kindes erforderlichen Behandlungsdaten und vorliegende Befunde anfordert und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht **übermitteln, verarbeiten und nutzen**.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Praxis Dr. med. M. Wagner

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten 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 ist:

Dr. med. Michaela Wagner

Praxisname:

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Dr. med. Michaela Wagner

Adresse: Retzstadterstr. 16, 97222 Gramschatz

Kontaktdaten: 09363-995420, kjp-gramschatz@web.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

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

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange 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, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie 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 Daten-übertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer 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 den 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:

Bayerischer Landesbeauftragter für den Datenschutz

Dr. Thomas Petri

Postfach 22 12 19
80502 München

Telefon: 089/21 26 72-0

E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.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 Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Vorgelegt und zur Kenntnis genommen am:

Datum

Unterschrift