



**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 zusenden!*

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

DATUM: \_\_\_\_\_

per FAX: 09363-995546

per e-mail: [kjp-gramschatz@web.de](mailto:kjp-gramschatz@web.de)

**Name/Vorname:** .....  
(Kind/Jugendlicher)

Geburtsdatum: .....Geburtsort:.....

Telefon: ..... Handy: .....

Straße/Hausnr.: .....

PLZ/Ort: .....E-mail Adresse.....

Krankenkasse: .....

**Hauptversicherter:**

Name/Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße/Hausnr:  wie oben .....

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 .....

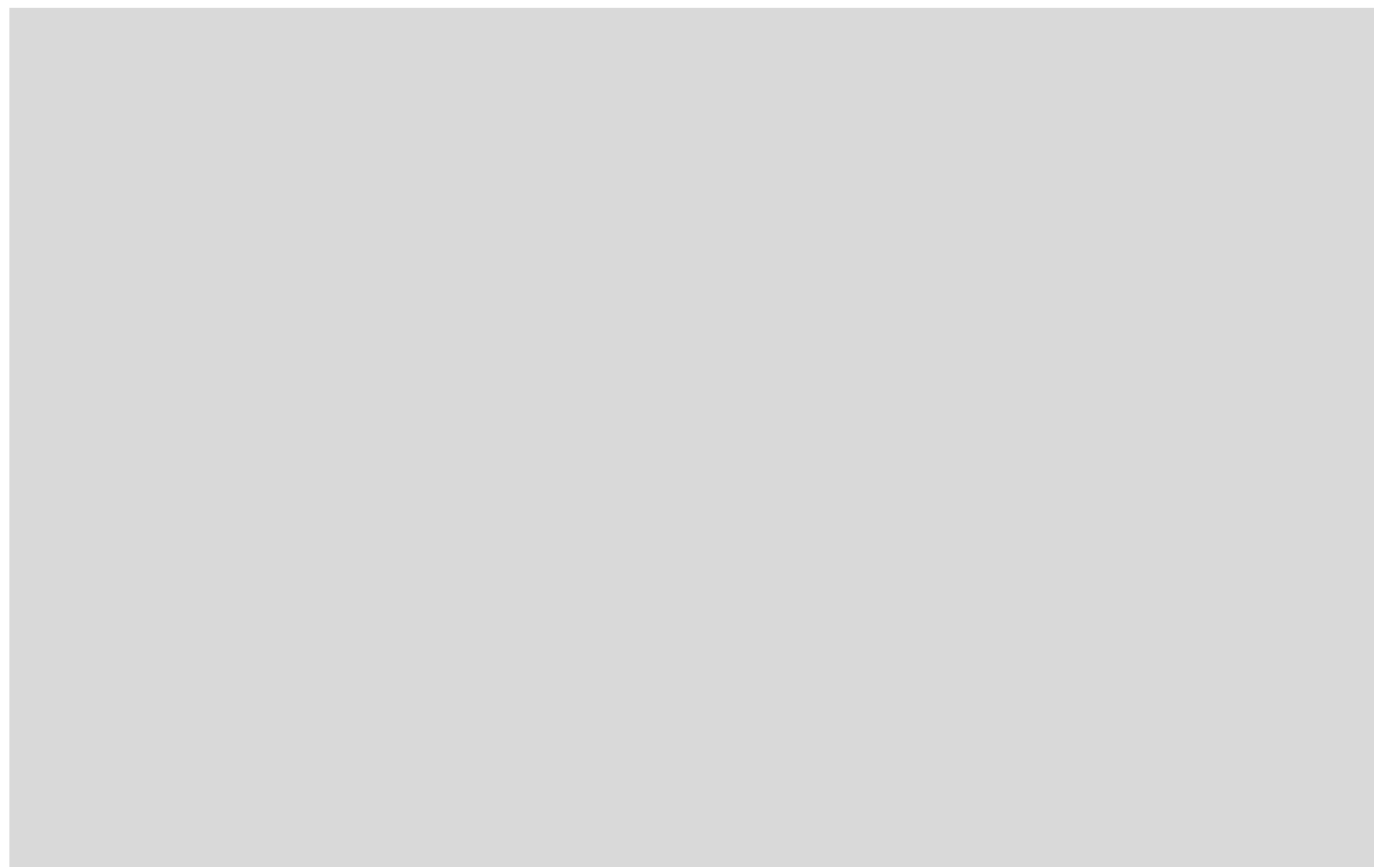
Wir waren bereits bei einem Kinder- und Jugendpsychiater ambulant vorstellig/bzw. in einer Kinder- und

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:  wie Seite 1 .....

Telefon/Handy: .....

Geburtsdatum: .....

Schulabschluss: .....

Beruf: .....  Teilzeit     Vollzeit     Schicht

**Psychiatrische oder körperliche Erkrankungen in der Familie**

**mütterlicherseits:** .....

.....

**väterlicherseits:**.....

.....

**Informationen zum Vater**

**Name:** .....

Anschrift:  wie Seite 1 .....

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 .....

Elterntraining.....

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 ACHTUNG hier alle Erziehungsberechtigte unterschreiben:**

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](mailto: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](mailto: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