



**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

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

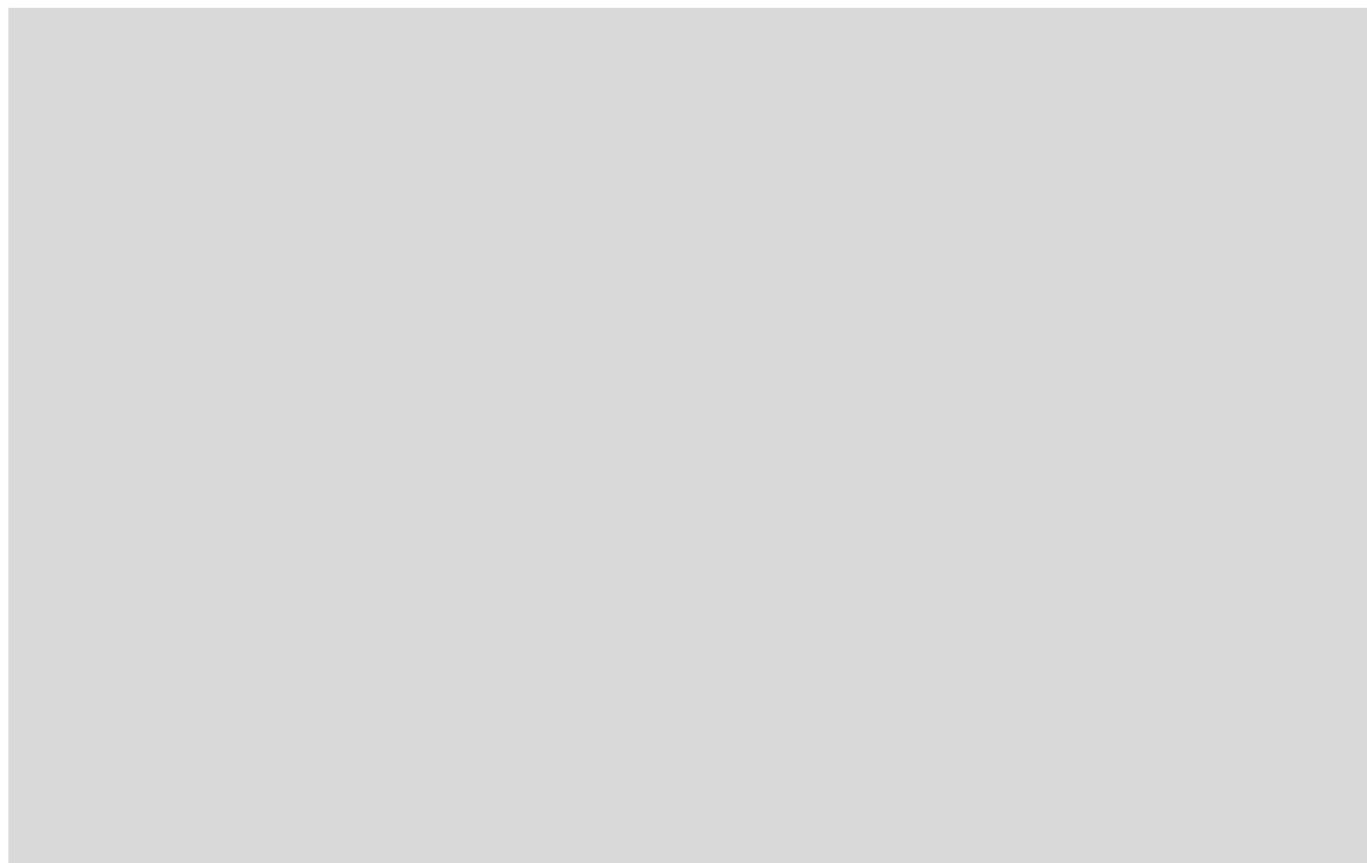
Wir waren bereits bei einem Kinder- und Jugendpsychiater ambulant vorstellig/bzw. in einer Kinder- und

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 Erziehungsberechtigten unterschreiben:**

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

meines/unseres 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
Praxis Fr. Dr. Wagner, Retzstadterstr. 16, 97222 Gramschatz

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

Kontakt Daten: 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 berechnungsberechtigte 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 Paragraph 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 Paragraph 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