Praxis Hartweg
Psychotherapie für Kinder & Jugendliche

Liebe Eltern, liebe Patienten/innen,

zur **Vorbereitung des Erstgesprächs** benötige ich einige Informationen von Ihnen. Diese unterliegen natürlich der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass der **Anmeldebogen von allen Sorgeberechtigten unterschrieben** werden muss. Bereits **volljährige Patienten** müssen die Einverständniserklärung **selbst unterschreiben**. Bitte achten Sie auch darauf, die Patienteninformation zum **Datenschutz** und die **Einwilligung zum telefonischen/E-Mail/WhatsApp Austausch** zu **unterschreiben!**

Bitte senden Sie mir den Anmeldebogen **VOR** dem **Erstgespräch** per **Post** oder **Fax** zu. (Bitte keinen Scan per E-Mail!)

Sollten Sie telefonisch noch kein Erstgespräch vereinbart haben, melde ich mich **nach Erhalt der Formulare** bei Ihnen **zur Terminvereinbarung**. Dabei wäre hilfreich, wenn Sie Angaben dazu machen könnten, unter welcher Telefonnummer und zu welchen Zeiten ein möglicher Rückruf möglich ist.

Bitte bringen Sie zum **Erstgespräch** folgende Unterlagen mit:

- Das gelbe Vorsorge-Untersuchungsheft
- Schulzeugnisse der letzten zwei Jahre (Kopie)
- Vorbefunde und Therapieberichte/Arztbriefe soweit vorhanden (Kopie)
- Krankenkassenkarte

Herzliche Grüße

Christine Hartweg

Chiffre: _____ **Erstgespräch:** _____ **Beendet:** _____

Anmeldebogen

(bitte leserlich ausfüllen)

☐ **gesetzl. Krankenkasse** ☐ **private Krankenkasse** ☐ **Beihilfe** ☐ **Selbstzahler**

Angaben zum Patienten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ _____

Straße/ PLZ/ Wohnort: _____

_____

Aktuell besucht unser Kind/Jugendliche folgende Einrichtung:

☐ **Kinderkrippe** ☐ **Kindergarten** ☐ **Schule** ☐ **Ausbildung**

_____ _____

Name der Einrichtung / Art der Ausbildung Klasse / Lehrjahr

Angaben zur Versicherung bzw. Rechnungsstellung

_____ _____

Name der Versicherung Versichertennummer

_____ _____

Anschrift der Geschäftsstelle Telefonnummer der Versicherung

_____

Hauptversicherter/Rechnungsempfänger

Angaben zu den Eltern/Erziehungsberechtigten

Mutter:

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon/Mobil: _____ E-Mail-Adresse: _____

Vater:

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon/Mobil: _____ E-Mail-Adresse: _____

Eltern: ☐ zusammenleb. ☐ verh. seit: _____ ☐ getrennt ☐ gesch. seit _____

Sorgerecht: ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

Bei wem lebt das Kind: ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

Bei getrenntlebenden Eltern: _____ _____

getrennt lebend seit Vereinbarung/Besuchsregelung

Mit Psychotherapie einverstanden: : ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater

Sonstige für die Behandlung wichtige Bezugspersonen (z.B. Großeltern, Pflegeeltern):

_____

Angaben zu Geschwisterkindern:

Name	Geb. Datum	Kiga/Schule/Ausbild.	lebt bei…

Anlass des Kommens sind folgende Beschwerden:

_____

_____

Veränderungswünsche durch die Therapie: _____

_____

Haus/Kinderarzt:

Name: _____ Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Kinder- und Jugendpsychiater:

Name: _____ Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Fragen zu bisherigen Vorbehandlungen

Wurden in der Vergangenheit bereits Diagnosen gestellt?

☐ Nein ☐ Ja -> Welche/von wem: _____

_____

Frühere Psychotherapie?

☐ Nein ☐ Ja -> Wo/wann/wie lange: _____

_____

Frühere andere Therapien / Förderungen? (z.B. Ergotherapie, Logopädie o.ä)

☐ Nein ☐ Ja -> Was/wo/wie lange: _____

_____

Sind weitere Stellen involviert? (z.B. Schulpsychologe, Jugendamt, Erziehungsberatung...)

☐ Nein ☐ Ja -> Wer: _____

Medikamenteneinnahme?

☐ Nein ☐ Ja -> Welches/Häufigkeit/Menge: _____

_____

Regelmäßige Termine am Vormittag (ggf. mit Schulbefreiung) sind möglich?

☐ Nein ☐ Ja -> Ab (Uhrzeit): _____

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? _____

Haben Sie Fragen, die Sie gerne klären möchten? Wenn ja, welche? _____

_____

Ort, Datum, Unterschrift (Vater) _____

Ort, Datum, Unterschrift (Mutter) _____

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/In) _____

Unterschrift bitte von beiden sorgeberechtigten Eltern! Diese Anfrage ist kostenlos und unverbindlich.

Patienteninformation zum Datenschutz (EU-DSGVO)

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) vom 25.05.2018 sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchen Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.
Bitte beachten Sie hierzu den Aushang im Wartebereich, Merkblatt und Informationen auf der Homepage.

☐ **Ich wurde über die seit 25.05.2018 gültige EU-DSGVO im Rahmen der Praxistätigkeit informiert.**

Einwilligung zum Telefonischen/E-Mail/WhatsApp-Austausch:

Zur Kommunikation mit der Praxis wünschen wir die Sorgeberechtigten, Kinder- und Jugendlichen und jungen Erwachsenen die der Praxis genannten Telefonnummern zu nutzen. Es besteht zudem die Möglichkeit mit der Praxis digital zu kommunizieren (E-Mail, WhatsApp, Signal usw.) Diese Möglichkeiten werde von unserer Seite im Wesentlichen für Terminabsprachen benutzt. Der E-Mail-Austausch erfolgt unverschlüsselt. Diese Kommunikation ist nicht sicher und kann eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden. Es ist möglich, dass dadurch persönliche Sachverhalte unbefugten Dritten bekannt werden. Über die prinzipielle Unsicherheit dieser Kommunikations-möglichkeiten bin ich informiert. Die Rückmeldungen der Praxis gelten als zugegangen, wenn sie im E-Mail-Postfach des Patienten bzw. dessen Sorgeberechtigten zum Download bereitstehen. Unter diesen Voraussetzungen wünsche/n wir/ich:

☐ Ich wünsche mit der Praxis per **Telefon** zu kommunizieren.

☐ Ich wünsche mit der Praxis per **E-Mail** zu kommunizieren und bitte folgende E-Mail-Adresse zu nutzen:

_____

☐ Ich wünsche mit der Praxis per **WhatsApp/Signa**l und **SMS** zu kommunizieren.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen / ändern.

Ort, Datum, Unterschrift (Vater) _____

Ort, Datum, Unterschrift (Mutter) _____

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/In) _____

NOTIZ: (z.B. Erreichbarkeit, um einen Termin für das Erstgespräch zu vereinbaren)