



# Therapeutisches Zentrum

Mariya Baumann & Dr. med. Susan Klotmann

## FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie

Eichenweg 73, 30659 Hannover  
Tel.: 0511 65669980 Fax: 0511 65669988  
info@kinderpsychiater-bothfeld.de

Hannoversche Str. 60c, 38116 Braunschweig  
Tel: 0531 1298666 Fax: 0531 1298667  
info@kinderpsychiater-braunschweig.de

### **Einverständniserklärung des / der sorgeberechtigten Elternteils / Elternteile**

Die Behandlung bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist im Sinne der sorgerechlichen Vorschriften des BGB eine Angelegenheit von "erheblicher Bedeutung". Diese verpflichtet Eltern, ihre gemeinsame Sorge im Einvernehmen auszuüben.

Für die Diagnostik und Behandlung ihres Kindes in unserer Praxis bedeutet dies, dass wir ein schriftliches Einverständnis **aller Sorgeberechtigten** benötigen, sofern **beide** Elternteile das Sorgerecht für das Kind bzw. die/den Jugendliche/n haben.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass mein oben genanntes Kind in der Praxis von M. Baumann und Dr. med. S. Klotmann untersucht und gegebenenfalls behandelt wird.

#### **Mutter:**

\_\_\_\_\_

Datum

Name (Druckschrift)

Unterschrift

#### **Vater:**

\_\_\_\_\_

Datum

Name (Druckschrift)

Unterschrift

Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.



# Therapeutisches Zentrum

Mariya Baumann & Dr. med. Susan Klotmann

**FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und - psychotherapie**

Eichenweg 73, 30659 Hannover  
Tel.: 0511 65669980 Fax: 0511 65669988  
info@kinderpsychiater-bothfeld.de

Hannoversche Str. 60c, 38116 Braunschweig  
Tel: 0531 1298666 Fax: 0531 1298667  
info@kinderpsychiater-braunschweig.de

## **Terminausfall- / Honorarausfallvereinbarung / Einverständniserklärung Datensicherung**

### **zwischen**

Name der/s Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

### **und**

Mariya Baumann und Dr. med. Susan Klotmann, Eichenweg 73, 30659 Hannover, Zweigstelle Braunschweig, Hannoversche Str. 60c, 38116 Braunschweig (im Folgenden Praxis genannt).

Name des/r Patienten/in / Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Die Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem, d. h. die Praxis reserviert im Behandlungszeitraum Diagnostik-, Besprechungs- und Behandlungsstunden. Diese finden zu fest vereinbarten Zeiten statt. Aufgrund der großen Nachfrage sind die Termine oft mit langen Wartezeiten verbunden. Sollte der/die Patient/in an einem Termin verhindert sein, sind Sie verpflichtet, mindestens 48 Stunden vor dem Termin persönlich, telefonisch, per Email oder FAX abzusagen. Für vereinbarte Termine an einem Montag ist bis spätestens am vorherigen Donnerstag abzusagen. Bei Absagen später als 48 Stunden vor dem Termin erheben wir eine Ausfallgebühr von 50,00 Euro je ausgefallener Stunde.

Sollte der Termin aus akuten Krankheitsgründen, z. B. Fieber, nicht wahrgenommen werden können, bitten wir um eine Terminabsage per Telefon oder Email. In diesen Fällen genügt dann die Vorlage eines ärztlichen Attestes. Eine Ausfallgebühr entfällt in diesem Fall.

**Hiermit bestätigen wir die Kenntnisnahme, dass bei nicht rechtzeitiger Terminabsage eine Ausfallgebühr in Höhe von 50,00 € je ausgefallener Stunde erhoben wird.**

Außerdem weisen wir darauf hin, dass die Gemeinschaftspraxis Mariya Baumann und Dr. med. Susan Klotmann der besonderen Regelung der Zweigpraxen unterliegt. An beiden o. g. Standorten kann auf das gemeinsame Praxisprogramm zugegriffen werden (elektronisch gespeicherte Daten). Auch besteht die Möglichkeit, die an einem Standort angelegte Patientenakte an den anderen Standort zu übergeben. Da diese Daten ebenfalls der Schweigepflicht und des Datenschutzes unterliegen, bedarf es dazu ebenfalls der Erlaubnis der Sorgeberechtigten, die hiermit gegeben wird.

Wir weisen desweiteren darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



## Kurzfragebogen

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

Handynummer bei über 14jährigen Patienten: \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie kurz, weshalb Sie zu uns kommen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wer hat die Vorstellung bei uns empfohlen: \_\_\_\_\_

**Mutter:** Vor- u. Nachname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Sorgerecht : ja  nein

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Vater:** Vor- u. Nachname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Sorgerecht : ja  nein

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Hinweis: Bitte geben Sie, wenn möglich, zwei (!) Telefonnummern bzw. Handynummern an!  
Vielen Dank**

Sorgerecht Andere: \_\_\_\_\_

Krippen-Besuch: ja  nein  Wenn ja, in welchem Alter: \_\_\_\_\_

Kita-Besuch/Kindergarten-Besuch: ja  nein  Wenn ja, in welchem Alter: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Schule:** \_\_\_\_\_ **Klasse:** \_\_\_\_\_

Kontakte zum ASD / KSD (Jugendamt): ja  nein

Wenn ja, wenn welche Hilfen: \_\_\_\_\_

Ergotherapie: ja  nein  Wenn ja, in welchem Alter: \_\_\_\_\_

Logopädie: ja  nein  Wenn ja, in welchem Alter: \_\_\_\_\_

Nachhilfe: ja  nein  Wenn ja, in welchem Alter: \_\_\_\_\_

Psychotherapie: ja  nein  Wenn ja, in welchem Alter: \_\_\_\_\_

SPZ: ja  nein  Wenn ja, in welchem Alter: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Sonderpädagogischer Förderbedarf: \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankungen (z.B. Asthma, Ohrenerkrankungen, Sehstörungen):  
\_\_\_\_\_

Medikamente (z.B. Asthmaspray, Pille): \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsverlauf und Geburtskomplikationen: \_\_\_\_\_

### **Kindliche Entwicklung**

Motorisch: \_\_\_\_\_

Sprachlich: \_\_\_\_\_

Sauberkeit (trocken werden): \_\_\_\_\_

### **Verhalten des Kindes / des Jugendlichen (aktuell):**

- |   |             |   |             |
|---|-------------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> starke Zappeligkeit        | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität         | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Ablenkbarkeit      | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> aggressives Verhalten      | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Impulsivität           | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Regeleinhaltung            | seit: _____ | <input type="checkbox"/> depressive Stimmung    | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trennungängste             | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Schüchternheit         | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten     | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit          | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tics                       | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Außenseiterrolle       | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lese/Rechtschreibprobleme: | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Sprachprobleme         | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rechenprobleme             | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Drogenprobleme         | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Koordinationsprobleme      | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Alkoholprobleme        | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Probleme der Motorik       | seit: _____ | <input type="checkbox"/> psych. Erkrankungen    | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> körperliche Erkrankungen   | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Panikattacken          | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Autistische Züge           | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Mobbing Erfahrungen    | seit: _____ |

Was kann ihr Kind besonders gut? Ressourcen (Freunde, Vereine, ....)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ziele/Erwartungen / Wünsche an die Behandlung in unserer Praxis?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_