



# 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 sorgerechtigten Elternteils / Elternteile o. des volljährigen Patienten / Patientin**

Die Behandlung bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist im Sinne der sorgerechtlchen 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 **beider Sorgeberechtigter** benötigen, sofern beide Elternteile das Sorgerecht für das Kind bzw. die/den Jugendliche/n haben.

Auch volljährige Patienten / Patientinnen müssen die Einverständnis zur Behandlung schriftlich erteilen

Name: \_\_\_\_\_

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

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich in der Praxis von Mariya Baumann und Dr. med. Susan Klotmann untersucht und gegebenenfalls behandelt werde.

#### **Mutter:**

\_\_\_\_\_

Datum

Name (Druckschrift)

Unterschrift

#### **Vater:**

\_\_\_\_\_

Datum

Name (Druckschrift)

Unterschrift

#### **Volljähriger Patient / volljährige Patientin:**

\_\_\_\_\_

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

### Einverständniserklärung

Name: \_\_\_\_\_

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

Die Termine in der Gemeinschaftspraxis Baumann und Dr. Klotmann gelten zwischen Praxis und Sorgeberechtigten der Patienten o. dem volljährigen Patienten / d. volljährigen Patientin als verbindlich vereinbart.

Aufgrund der großen Nachfrage sind die Termine leider oft mit langen Wartezeiten verbunden. Sollten Sie an einem Termin verhindert sein, bitten wir Sie, mindestens 48 Stunden vor dem Termin abzusagen. Somit können wir den Termin an jemand anderen vergeben. Leider kommt es immer wieder vor, dass Patienten zum vereinbarten Zeitpunkt ohne Absage nicht erscheinen. In diesen Fällen erheben wir eine Ausfallgebühr in Höhe von 50,00 €. Sollte der Termin aus Krankheitsgründen nicht wahrgenommen werden können, genügt die Vorlage eines ärztlichen Attestes. Eine Ausfallgebühr entfällt in diesem Fall.

Die Gemeinschaftspraxis Mariya Baumann und Dr. med. Susan Klotmann unterliegt der besonderen Regelung der Zweigpraxen. Das bedeutet, dass es einen weiteren Standort gibt. An beiden Standorten kann auf ein gemeinsames Praxisprogramm zugegriffen werden. Auch besteht die Möglichkeit, die in einem Standort angelegte Patientenakte an den anderen Standort zu übergeben. Da diese Daten ebenfalls der Schweigepflicht und des Datenschutzes unterliegen, bedarf es 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.

Wir sind darüber informiert worden / Ich bin darüber informiert worden, dass bei nicht rechtzeitiger Terminabsage eine **Ausfallgebühr in Höhe von 50,00 €** erhoben wird.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



# 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

### Kurzfragebogen

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

**Name:** \_\_\_\_\_

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

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

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: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Brillenträger/in: ja  nein

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 KSD (Jugendamt): ja  nein  Wenn ja, 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 auf der Bult: 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"/> Trennungsängste            | 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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_