



# 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

### Behandlungsvertrag

Patient: \_\_\_\_\_

Zahlungspflichtige(r) / Rechnungsempfänger(in):

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat Mobil dienstlich

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherung / Kostenträger

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Normale private Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Basistarif | <input type="checkbox"/> Standardtarif |
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt                  | <input type="checkbox"/> Post B     | <input type="checkbox"/> KBV           |

Hiermit wird ein Behandlungsvertrag geschlossen. Der Patient bzw. die/der Sorgeberechtigte teilt ausdrücklich mit, privat versichert zu sein.

Für das Honorar gilt die Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Als Vergütung stehen dem Arzt nach GOÄ Gebühren, Entschädigungen (Wegegeld, Reiseentschädigung) und Ersatz von Auslagen zu. Die/Der Patient/in bzw. die/der Sorgeberechtigte ist Honorarschuldner des Arztes. Durch seinen Versicherungsvertrag hat er aber gegen seine Versicherung einen tarifmäßigen Erstattungsanspruch. Der Patient bzw. die/der Sorgeberechtigte verpflichtet sich als Selbstzahler, das fällige Honorar unabhängig davon zu begleichen, ob eine (Teil-) Erstattung der entstandenen Kosten durch Erstattungsstellen (z. B. Krankenversicherung, Beihilfe, etc.) erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Honorarausfallvereinbarung

Die/Der Patient/in bzw. die/der Sorgeberechtigte

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

und Mariya Baumann und Dr. med. Susan Klotmann, Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Eichenweg 73, 30659 Hannover, vereinbaren folgendes:

Die Praxis von Frau Baumann und Fr. Dr. Klotmann arbeitet nach dem Bestellsystem, d. h. Frau Baumann und Frau Dr. Klotmann reservieren im Behandlungszeitraum die folgenden Diagnostik-, Besprechungs- und Behandlungsstunden. Diese finden zu fest vereinbarten Zeiten statt. Ein ausgefallener und nicht rechtzeitig abgesagter Termin wird von Frau Baumann und Frau Dr. Klotmann als Honorarausfall in Rechnung gestellt.

Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie, uns dies soo früh wie möglich mitzuteilen. Bei Absagen später als 48 Stunden vor dem Termin berechnen wir die Sitzung - es sei denn das Nichterscheinen ist unverschuldet -, da wir diesen Termin in der Regel so kurzfristig nicht neu besetzen können. Soweit der Termin anderweitig besetzt werden kann, entfällt ein Ausfallhonorar.

Als Ausfallhonorar ist, gemäß GOÄ, das vereinbarte Honorar je Stunde von 100,56 Euro zu entrichten.

---

Ort, 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

### Einverständniserklärung des / der sorgerechtigten Elternteils / Elternteile

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.

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.

#### Mutter:

---

Datum

Name (Druckschrift)

Unterschrift

#### Vater:

---

Datum

Name (Druckschrift)

Unterschrift

Die Einverständniserklärung kann jederzeit 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

### Kurzfragebogen

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

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

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

Handynummer bei unter 14jährigen: \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie kurz, weshalb Sie zu uns kommen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Brillenträger/in: ja O nein O

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

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

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

Kontakte zum KSD (Jugendamt): ja O nein O Wenn ja, welche Hilfen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

SPZ auf der Bult: ja O nein O 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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_