



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: _____

Geburtsdatum: _____

Zahlungspflichtige(r) / Rechnungsempfänger(in): _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon privat _____

Mobil _____

dienstlich _____

Arbeitgeber _____

Krankenversicherung / Kostenträger _____

Normale private Krankenversicherung

Basistarif

Standardtarif

Beihilfeberechtigt

Post B

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. Susann 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 so früh wie möglich mitzuteilen. Bei Absagen später als 48 Stunden vor dem Termin berechnen wir die Sitzung - es sei denn das Nichtigerscheinen ist unverschuldet -, da wir diesen Termin in der Regel so kurzfristig nicht neu besetzen können. Zu beachten ist hier, dass für bestimmte Testungen auch Doppeltermine vergeben werden, in Ausnahmefällen auch Dreifachtermine und die Ausfallgebühr entsprechend höher ausfällt. 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. Zu beachten ist hier, dass für bestimmte Testungen auch Doppeltermine vergeben werden und die Ausfallgebühr entsprechend höher ausfällt.

Ort, Datum

Unterschrift



Einverständniserklärung des / der sorgerechtigten Elternteils / Elternteile

Die Behandlung bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist im Sinne der sorgerechtlichen 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 PatientIn: _____

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 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: _____

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): _____

Brillenträger(in) ja nein

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"/> Mobbingfahrungen | seit: _____ |

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

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