

Anamnesebogen

Dieser Bogen soll von den Sorgeberechtigten / Eltern ausgefüllt werden (volljährige Patienten können ihn selbst ausfüllen)
Bitte schalten Sie ihr Handy in der Praxis auf lautlos! Vielen Dank!

Vorname des Patienten: _____ E- Mail: _____

Nachname des Patienten: _____ Geb.-Datum (Kind): _____

Straße/Nr. (Kind): _____ PLZ/Ort (Kind): _____

Kinderarzt: _____ Handy-Nr. (Jugendliche): _____

Handy-Nr. (Eltern): _____ Festnetz.-Nr.: _____

Sind Sie gleichzeitig in einer anderen kinderpsychiatrischen Praxis in Behandlung? Ja nein

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,
mit unserer „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ (siehe Aushang) wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung (Schweigepflichtsentbindung) erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und anderer Helfersysteme nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern.

Einwilligung in die Datenverarbeitung:

Ich habe das Sorgerecht und bin einverstanden, dass die Daten meines Kindes zu Behandlungs- und Abrechnungszwecken im Computersystem der Praxis gespeichert, an die Kassenärztliche Vereinigung zur Abrechnung weitergegeben werden und dass wir mit Ihnen zwecks Terminvereinbarungen ggf. über E-Mail kommunizieren dürfen, ohne dabei Namen zu nennen.

Falls eine Überweisung vorgelegt wurde, bin ich einverstanden, dass ein Befundbericht an den Überweiser geschickt wird (den ich jederzeit einsehen kann).

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Mit der Nutzung der Videosprechstunde bin ich: einverstanden nicht einverstanden.

Köln, den

Unterschrift Sorgeberechtigter (ausschließlich!) oder volljähriger Patient

a) Sorgerecht (in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dürfen leider NUR Sorgeberechtigte Formulare unterschreiben):

Die leiblichen Eltern (oder Adoptiveltern) **leben zusammen** und haben das gemeinsame Sorgerecht.

Die leiblichen Eltern (oder Adoptiveltern) **leben getrennt / geschieden** und haben das gemeinsame Sorgerecht:

Name, Adresse, Telefonnr. des zweiten sorgeberechtigten Elternteils (bei dem das Kind nicht gemeldet ist): _____

Die Mutter hat das **alleinige Sorgerecht**.

Der Vater hat das **alleinige Sorgerecht**.

Ein **Vormund** hat das Sorgerecht (Name, Adresse, Telefon): _____

Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht / Gesundheitssorgerecht (Unzutreffendes bitte streichen) liegt bei folgendem Elternteil / Vormund: _____

Ich versichere hiermit, dass meine **Angaben zum Sorgerecht** korrekt sind und dass, falls gemeinsames Sorgerecht besteht, beide Sorgeberechtigte mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung sowie ggf. mit der psychotherapeutischen Behandlung des Kindes hier in der Praxis einverstanden sind. Sollte dieses Einverständnis von einem Sorgeberechtigten zwischenzeitlich zurückgezogen werden oder sollte sich die Sorgerechtsregelung ändern, werde ich die Praxis hierüber unverzüglich informieren. Denn nach bundesdeutscher Rechtslage ist für die kinder- und jugendpsychiatrische / psychotherapeutische Behandlung eines Kindes / Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag das Einverständnis beider Sorgeberechtigten erforderlich.

Köln, den

Unterschrift Sorgeberechtigter (ausschließlich!) oder volljähriger Patient

Abholung von Rezepten/Verordnungen/Unterlagen:

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte/Verordnungen/Unterlagen von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

b) Schwangerschaft:*Zutreffendes bitte unterstreichen*1. Verlauf: unauffällig auffällig (Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, vorzeitige Wehen)**c) Geburt (diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft):**

2. In welcher Schwangerschaftswoche?:

3. Wie war die Entbindung? Spontan mit Sauglocke mit der Geburtszange mittels Kaiserschnitt

4. Gewicht:.....g Länge:.....cm APGAR: - Punkte

5. Behandlung auf Intensivstation: nein ja6. Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode:

U-Heft: _____

d) Säuglingsperiode:7. Gestillt? nein ja wie lange?.....8. War das Kind ein: Schreikind ruhiges Kind sonstiges**e) Kleinkindalter:**

9. Ab wann konnte Ihr Kind frei Laufen?:

10. Wie war die Sprachentwicklung? (Ab wann Zweiwortsätze?)

11. Wie war das Spielverhalten? / Trotzphase?:

12. Wann war Ihr Kind trocken?.....

13. Hat Ihr Kind eine Krabbelgruppe besucht? nein ja im Zeitraum14. Hat Ihr Kind den Kindergarten besucht bzw. besucht es ihn? nein ja im Zeitraum15. Hatte/Hat Ihr Kind einen integrativen Kindergartenplatz? nein ja16. Hatte/Hat Ihr Kind Trennungängste? nein ja17. Hatte/Hat es Freunde in der Gruppe? nein ja18. Gab es dort Auffälligkeiten in der Gruppe? nein ja Welche?.....**f) Schulalter:**19. In welchem Jahr wurde/wird Ihr Kind eingeschult? _____ Hat Ihr Kind einen Schulbegleiter? ja nein

20. Welche Schule besucht ihr Kind?

 eine Grundschule eine Hauptschule eine Realschule eine Gesamtschule ein Gymnasium eine Förderschule

Wie heisst die Schule? In welche Klasse geht Ihr Kind?

21. Welche weiterführende Schule wurde in der 4. Klasse von den Lehrern empfohlen?

22. Hat Ihr Kind einen Förderstatus in der Schule oder besucht es Förderunterricht? Wenn ja, welchen?

23. Besucht Ihr Kind die schulische Nachmittagsbetreuung? nein ja

24. Falls Ihr Kind nicht die OGTS besucht: Wer betreut es nachmittags?

25.a) Gibt es Schulprobleme? nein ja welche?.....

- 25.b) Hat Ihr Kind Nachhilfe- oder Förderunterricht? In welchem Fach?
26. Welches sind die Lieblingsfächer in der Schule?
27. Welche Fächer sind schwierig?
28. Wie ist die soziale Integration in der Schule?

g) Berufsausbildung:

29. Wird eine Berufsvorbereitende Maßnahme/Berufsausbildung/Studium absolviert? Welche(s)?

h) Freizeit:

30. Besteht eine Vereinsmitgliedschaft oder andere regelmässige Freizeitaktivitäten? nein ja welche?

.....

31. Was spielt Ihr Kind am liebsten bzw. womit verbringt es hauptsächlich seine Freizeit?

.....

32. Wie oft in der Woche trifft sich Ihr Kind schätzungsweise mit Freunden?

33. Wieviele gute Freunde/innen hat Ihr Kind schätzungsweise?

34. Bei Schulkindern: An wieviel Tagen in der Woche liest Ihr Kind in einem Buch?

35. Machen Sie ein Bettgehritual mit Ihrem Kind? Falls ja, was machen Sie zusammen?

36. Konsum elektronischer Medien:

Welche elektronischen Medien konsumiert Ihr Kind am meisten?:

Wieviel Stunden täglich konsumiert Ihr Kind diese Medien ?

an Schultagen: Stunden pro Tag;

an schulfreien Tagen: Stunden pro Tag

i) Stärken und Fähigkeiten (Ressourcen):

37. a) Was kann Ihr Kind gut, welche Fähigkeiten und Eigenschaften mögen Sie an Ihrem Kind (Stichpunkte)?

.....

37. B) Wer aus Ihrer Familie bzw. Ihrem Bekanntenkreis könnte Sie ggf. dabei unterstützen, Ihrem Kind zu helfen?

.....

j) Körperliche Gesundheit:

38. Unter welchen körperlichen Krankheiten leidet Ihr Kind?

.....

39. Augen: Kann Ihr Kind gut sehen? Trägt Ihr Kind eine Brille?

40. Ohren: Kann Ihr Kind gut hören? Wurde es vom HNO-Arzt untersucht?

41. Sind Allergien bekannt?

42. Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein? Welche?

43. Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischer Anfall?

k) Belastungen:

44. Hat Ihr Kind in der Vergangenheit etwas Belastendes erlebt, das noch heute eine Rolle spielt (Stichpunkte)?

l) Bisherige Therapien:

45. Gab es bisher schon Therapien? Wenn ja, welche und in welchem Jahr?
(z.B. Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sprachtherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, SPZ=sozialpädiatrische Zentrum, Frühförder-Zentrum, psychiatrische Klinik, Erziehungsberatung, sozialpädagogische Familienhilfe, Jugendamt)

Falls eine Therapie gewünscht wird: Mein Kind kann an den folgenden Tagen in der Praxis sein ab (nur zur vollen Stunde):

Montag: ab _____ Uhr
Dienstag: ab _____ Uhr
Mittwoch: ab _____ Uhr
Donnerstag: ab _____ Uhr
Freitags: ab _____ Uhr

m) Familie:

Mutter:
46.a) Name:
47. Alter: Jahre
49. Schulabschluss:
51. Ausbildung/Studium:
53. Wieviele h/Woche arbeiten Sie und was arbeiten Sie?
59. Leiden Sie unter körperlichen/psychischen Erkrankungen?

Vater:
46.b) Name:
48. Alter: Jahre
50. Schulabschluss:
52. Ausbildung/Studium:
54. Wieviele h/Woche arbeiten Sie und was arbeiten Sie?
60. Leiden Sie unter körperlichen/psychischen Erkrankungen?

Haben Sie noch weitere Kinder? Bitte auch Angaben zu Halb- oder Stiefgeschwister:

63. Name:			
64. Alter:			

66. Sind auch bei Geschwistern Verhaltensprobleme aufgetreten? Wenn ja, welche?

Sonstige wichtige Informationen: (ggf. Rückseite nutzen)

Wir danken Ihnen recht herzlich für das Ausfüllen dieses Fragebogens.