

Anmeldeformular für Erstpatienten

Anmeldeformular bitte vollständig ausgefüllt VOR dem Termin zusenden.

Name, Vorname

(Kind/Jugendlicher):

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Telefon / Handy:

Adresse:

Krankenkasse:

Kassenummer:

Mitgliedsnummer:

Gültig bis:

Termin bereits vereinbart für den

Besucht derzeit:

Kindergarten

Grundschule

Förderschule

Mittelschule

Realschule

Gymnasium

Klasse:

Ausbildung als

Aktueller Leistungsstand:

Deutsch

Mathematik

Englisch

Sonstige:

Hauptversicherter:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Sorgeberechtigte:

beide Eltern

nur Vater

nur Mutter

Vormund / Jugendamt

Lebt bei:

beiden Eltern

Vater

Mutter

Sonstige

Mutter:

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Handy:

Vater:

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Handy:

Fremdanmeldung:

Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten liegt vor (bei Fremdanmeldung)

Fremdanmelder (Name/Vorname):

Telefon:

Anmeldeformular für Erstpatienten

**Wir waren bereits bei einem Kinder- und Jugendpsychiater ambulant vorstellig /
bzw. in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.** Ja Nein

Wo?

Wann? (Monat / Jahr)

Diagnose:

Was bringe ich zum ERSTEN Termin mit?

- Versichertenkarte des Kindes /Jugendlichen
- Vorsorgeheft / gelbes Untersuchungsheft
- wichtige Arztbriefe / Therapiebefunde / Berichte in Kopie
- Schul-/Ausbildungszeugnisse in Kopie
- Namen der bisher eingenommenen Medikamente

Anmeldeformular für Erstpatienten

Wichtige Informationen

Name, Vorname (Kind / Jugendlicher):

Geburtsdatum:

Vorstellungsgrund:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aktueller Aufenthalt

Kind/Jugendlicher wohnt bei:

- beiden Eltern
- einem Elternteil: Vater Mutter **Anschrift:**

- Regelmäßiger Kontakt zum anderen Elternteil
- neuer Lebenspartner im Haushalt des Vaters
 - neuer Lebenspartner im Haushalt der Mutter
 - getrennt / geschieden seit

Sorgerecht bei Mutter Vater Eltern anderen

Adoptivfamilie seit

Kind/Jugendlicher über Adoption informiert / nicht informiert

Pflegefamilie / Einrichtung seit

Jugendamt: Kontakt ja, Frau / Herr

Erziehungsbeistandschaft aktuell früher Frau / Herr

Sozialpädagogische Familienhilfe aktuell früher Frau / Herr

Heilpädagogische Tagesstätte aktuell früher

Familie

leibl. Geschwister (Halbgeschwister)

nein ja (Geschlecht, Alter, Schulform, Erkrankungen)

.....

.....

.....

Anmeldeformular für Erstpazienten

Informationen zur Mutter

Name:

Geburtsdatum:

Schulabschluss:

Beruf: Teilzeit Vollzeit Schicht

Psychiatrische od. körperl. Erkrankungen in der Fam. mütterlicherseits:

.....

.....

Informationen zum Vater

Name:

Geburtsdatum:

Schulabschluss:

Beruf: Teilzeit Vollzeit Schicht

Psychiatrische od. körperl. Erkrankung in der Fam. väterlicherseits:

.....

.....

Schwangerschaft und Entwicklung

Probleme / neg. Einflüsse während der Schwangerschaft (z.B. Stress Rauchen / Alkohol Komplikationen etc.)

.....

.....

.....

Geburtsstermin:

Besonderheit: Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht:

Länge:

Kopfumfang:

Geburtsverlauf: unauffällig auffällig: Kaiserschnitt Nabelschnurumschlingung Sauerstoffmangel

Sonstiges:

Probleme im ersten Lebensjahr (Schreien Füttern Schlafen Klinikaufenthalt)

keine

ja,

Vorsorgeuntersuchungen auffällig / unauffällig

Laufen: normal / auffällig: Monate

Sprache: normal / auffällig: Monate

Anmeldeformular für Erstpatienten

- Sauberkeit** (Stuhlgang) sauber tagsüber mit Jahren sauber tags- und nachts mit Jahren
Trockenheit (Urin) trocken tagsüber mit Jahren trocken tags- und nachts mit Jahren
 erneut eingenässt/eingekotet mit Jahren
 bereits beim Urologen untersucht: (Name / Wann):

Diagnosen:

- Allergien:**
 Krankenhausaufenthalte/schwere Erkrankungen od. Unfälle:
Wann?..... Was?..... Dauer?.....
 Belastende Ereignisse seit der Geburt des Kindes/Jugendlichen (z.B: Scheidung, Erkrankung, Erlebnisse etc.)
 Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung (z.B. frühe körperliche Reifung, gleichgeschlechtliche Orientierung)

Kindergartenzeit

- Regelkindergarten**
 Förderkindergarten / SVE
 Integration, wegen

Auffälligkeiten

- starke Trennungsangst** über Monate
 viele Konflikte
 motor. Unruhe
 Sonstiges

Schulzeit

- Grundschule/Förderschule** von Jahre bis Jahre
 Hauptschule / **Realschule** / **Gymnasium** / **Förderschule** von Jahre bis Jahre
 Klassenwiederholung:
 Umschulung:
 aktuell / **früher Nachhilfe** in
 aktuell / **früher Förderkurs für Deutsch / Mathe:**
besondere Probleme im Schreiben Lesen Rechnen

Förderung / Therapie

- Krankengymnastik** von bis Jahren, wegen
 Ergotherapie von bis Jahren, wegen
 Logopädie von bis Jahren, wegen
 Frühförderung von bis Jahren, wegen

Anmeldeformular für Erstpatienten

Erziehungsberatung von bis Jahren, wegen, bei

Elterntaining

Psychotherapie von bis Jahren, wegen bei

Kinder- und Jugendpsychiatrie (Klinik / ambulant) von bis Jahren, wegen bei.....

Diagnosen:.....

Medikation Aktuell: keine ja, (Name).....

Dosierung:.....

Frühere Medikation: keine ja, (Name).....

Verhaltensbesonderheiten

Stimmung

auffallende Ängstlichkeit / Unsicherheit / mangelndes Selbstwertgefühl

Situation:

.....

.....

.....

auffallende Niedergeschlagenheit / Traurigkeit / Verstimmung.....

keine

ja.....

.....

.....(Ursache)

Freunde

ja

wenige/keine.....(Ursache)

Probleme mit der Aufmerksamkeit / Impulsivität / Konzentration vorwiegend

in Schule Hausaufgabensituation Anforderungssituationen Konflikten

„Zwanghaftes“ (immer wiederkehrendes) Verhalten (z.B. Ordnen, Händewaschen) nein

ja.....

„Tic-ähnliches“ Verhalten (z.B. Zuckungen im Gesicht / mit Körperteilen, Räuspern, Laute) nein

ja.....

Anmeldeformular für Erstpazienten

Ungewöhnliches Spielverhalten (z.B. Sonderinteressen)

nein

ja.....

Häufig körperliche / evtl.psychosomatische Beschwerden

Kopfschmerzen Bauchschmerzen Übelkeit Schlafen Essen Gewicht nein

ja.....

in / oder vor welchen Situationen:

Besonderheiten im **Schlafverhalten** / **Essverhalten** / **Gewichtsverhalten** nein

ja.....

Medienkonsum pro Tag (durchschnittl. tägl. Stundenzahl)

Fernsehen (Std.)

Internet (Std.)

Handy /Telefon (Std.)

Spielkonsolen (Std.)

PC-Spiele (Std.)

Regelmäßiger Konsum von:

Alkohol Zigaretten sonst. Drogen nein ja

.....(Menge/ Häufigkeit)

Freizeitinteresse /Talent nein ja.....

Eigene wichtige Informationen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Anmeldeformular für Erstpazienten

Bereits laufende sozialpsychiatrische Behandlung

Hiermit erkläre ich, dass bei meinem Kind / mir (Pat. ab 18 Jahren), geb. keine bereits laufende sozialpsychiatrische Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen besteht.

....., den
(Unterschrift Erziehungsberechtigter / Patient ab 18 Jahren)

Ausfallhonorar:

Sollten Termine (Präsenztermine in der Praxis/Termine über Videosprechstunde /Telefontermine) nicht spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, verpflichte ich mich, ein Ausfallhonorar von 70,- EUR zu bezahlen. Dieses Ausfallhonorar fällt nicht an, wenn der Termin nachweislich unverschuldet nicht wahrgenommen werden konnte und unverzüglich abgesagt wurde. Die Terminabsage kann telefonisch (09353-98561-0) / per Email (info@kjpp-wucherer.de) / schriftlich erfolgen. Maßgeblich ist der Eingang der Nachricht in der Praxis. Für Termine, die für Montag vereinbart sind, muss die Absage spätestens am vorherigen Freitag bis 11 Uhr in der Praxis eingegangen sein.

....., den
(Unterschrift Erziehungsberechtigter / Patient ab 18 Jahren)

Einverständniserklärung:

Hiermit erkläre(n) ich (wir) mich (uns) mit der Behandlung meines /unseres Kindes /Jugendlichen geb.: in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie von Frau Dr. med. Katja Wucherer einverstanden.

....., den
(Unterschrift Mutter)

.....
(Unterschrift Vater)

Schweigepflichtserklärung

Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung und zum Einverständnis zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Patient

Name, Vorname (Kind / Jugendlicher):

Geburtsdatum:

Wohnhaft in:

Als Sorgeberechtigte/r des o.g. Kindes entbinde/n ich/wir hiermit die Praxis Dr. Katja Wucherer von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber (bitte ankreuzen und Namen einfügen):

- Kinderarzt/-ärztin Herrn/Frau Dr.:
- Hausarzt/-ärztin Herrn/Frau Dr.:
- Sonstige Ärzte/Arztinnen:
- Therapeut/-in:
- Klinik/Krankenhaus:
- Kindergarten:
- Herkunftsschule:
- Schule für Kranke:
- Jugendamt:
- Schulpsychologischen Dienst/Beratungslehrer:
- Sonstige Person:

und vorbezeichnete Person/Einrichtung wechselseitig von deren Schweigepflicht gegenüber der Praxis Dr. Katja Wucherer, damit die Praxis

- Vorinformationen und Berichte anfordern und von den o.g. Stellen erhalten darf
- an die genannten Stellen Informationen, Daten und Berichte weitergeben darf, soweit diese für Förder- und Hilfsmaßnahmen benötigt werden.

Ich/wir erkläre/n mich/uns einverstanden, dass die für die Behandlung des Patienten erhobenen Behandlungsdaten und Befunde von der Praxis Dr. Katja Wucherer zum Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und genutzt werden.

Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann/können.

.....
(Name/n des/der Sorgeberechtigten/Patient ab 18 Jahren)

....., den,
Ort, Datum

.....
(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten/Patient ab 18 Jahren)

Einwilligungserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

ärztliche Kontrollen vom Krankheitsverlauf oder dem Heilungsfortschritt nach einer medizinischen Behandlung sind unerlässliche Maßnahmen einer fürsorglichen ärztlichen oder psychotherapeutischen Betreuung durch Ihren Arzt oder Therapeuten.

Seit April 2017 sind solche Kontrolluntersuchungen auch in einer Videosprechstunde möglich. Ihr Arzt oder Therapeut entscheidet, ob eine Konsultation per Videosprechstunde für Sie infrage kommt.

In einer Videosprechstunde läuft das Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Arzt/Therapeuten ähnlich ab wie in der Praxis. Sie und Ihr Arzt/Therapeut befinden sich nur nicht am selben Ort. Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in die Praxis kommen müssen.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer oder Tablet mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung reichen aus. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter, den Ihr Arzt/Therapeut beauftragt und der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrem Arzt oder Therapeuten besprechen, auch vertraulich bleibt.

Vor der ersten Videosprechstunde informieren wir Sie über Fragen des Datenschutzes. Außerdem erläutern wir, welche Technik notwendig ist und worauf Sie bei der Videosprechstunde achten sollten, z.B. auf gute Beleuchtung und eine ruhige Umgebung.

Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

Schritt 1: Sie erhalten von Ihrem Arzt/Therapeuten einen Termin für

- **die RED connect-Videosprechstunde oder**
- **die Clickdoc Videosprechstunde oder**
- **die x.onvid/Patientus Videosprechstunde** (dies sind jeweils die Namen der Anbieter)

und die Internetadresse eines dieser Videodienstanbieter und den Einwahlcode für die Videosprechstunde. Diese Daten werden Ihnen von uns per Email, in Ausnahmefällen per Telefon/Handy übermittelt. Als Absender kann der Videodienstanbieter erscheinen.

Schritt 2: Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich ca. 5 Minuten vor dem Termin auf der Internetseite des Videodienstanbieters mit Ihrem Einwahlcode ein. Dies sollte möglich sein, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen. In der Email, mit der Sie die Zugangsdaten erhalten, ist der Link zur Webseite der Videosprechstunde enthalten und im Übrigen gut beschrieben, wie man vorgeht.

Schritt 3: Der Videodienstanbieter wird Sie beim Einwählen nach Ihrem Namen fragen. Bitte geben Sie diesen korrekt an. Nur so kann der Arzt Sie richtig zuordnen.

Schritt 4: Sie werden dann in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald Ihr Arzt zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihre Sprechstunde beginnen.

Schritt 5: Ist die Sprechstunde beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

Gerne können Sie bereits vorher nach Erhalt der Email mit den Anmeldedaten testen, ob ihr Laptop/PC/Smartphone/Pad sie zur Videosprechstunde führt.



Beispiel der Anmeldeseite von Clickdoc

Einwilligungserklärung

Datensicherheit:

- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Alle Metadaten (übergeordnete strukturierte Daten mit Zusatzinformationen, die bei der Verwaltung großer Datenmengen genutzt werden) werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.
- Dem Videodienstanbieter und dem Arzt und Therapeuten sowie deren Mitarbeitern ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen.

Einwilligungserklärung – Datenschutz

Hiermit erkläre ich:

.....
Vorname Nachname **Sorgeberechtigte/r** bei Patienten unter 18 Jahren

.....
Vorname Nachname **Patient** Geburtsdatum

.....
@

.....
E-Mail (zur Verwendung im Rahmen der Videosprechstunde)

.....
Straße/Hausnummer PLZ Ort

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der Software des Videodienstanbieters für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu **Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen** erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videosprechstunde vorliegen.

Einwilligungserklärung

Ich bin einverstanden, dass

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt.

Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog (genauso wie bei) dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

....., den
Ort, Datum

.....
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/Sorgeberechtigten

.....
Unterschrift des volljährigen Patienten