



Elternfragebogen

Ausgefüllt von:

Angaben zum Kind

Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum: Geschlecht: männl. weibl.

Anschrift (ggf. Einrichtung):

Sorgeberechtigt: beide Elternteile nur Mutter nur Vater andere:

Haus-/Kinderarzt (Name/Anschrift):

Grund der Vorstellung / aktuelle Probleme

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

Wann begannen die Auffälligkeiten / Probleme?

Angaben zur Familie

Eltern leben zusammen verheiratet getrennt seit (Jahr) Kind lebt bei:

gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht liegt bei

Name der **Mutter**: Geburtsdatum (Jahr)

Geburtsland: Adresse (wenn abweichend von der des Kindes):

Telefonnummer: mobil:

Ausbildung:

Derzeitige Tätigkeit: Voll-/Teilzeit:

Schwerwiegende Belastungen / Krankheiten:

Name des **Vaters**: Geburtsdatum (Jahr):

Geburtsland: Adresse (wenn abweichend von der des Kindes):

Telefonnummer: mobil:

Ausbildung:

Derzeitige Tätigkeit: Voll-/Teilzeit:

Schwerwiegende Belastungen / Krankheiten:



Geschwister

Name	Alter	ggf. Erkrankungen	Verwandtschaftsverhältnis

Schwangerschaft und Geburt

- Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? nein
 ja und zwar
- Die Geburt erfolgte termingerecht zu früh / verzögert, nämlich
- Besonderheiten: spontan Kaiserschnitt sonstiges:
- Gab es unter der Geburt Besonderheiten: ja nein
 ja und zwar
- Bestanden in den ersten Lebenstagen / -wochen Auffälligkeiten beim Kind? ja nein
 ja und zwar

Frühkindliche Entwicklung, Kleinkindalter und Kindergartenzeit

- Die Entwicklung (Laufen / Motorik - Sprache - Sauberkeit) verlief unauffällig
 Es gab folgende Verzögerungen:
- Freies Laufen mit ca Mon. | erste Worte mit caMon. | Zweiwortsätze mit Mon.
 Trocken mit Jahren, sauber mit..... Jahren | Therapien?
- Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter (bis zum 3. Lebensjahr):

Eine Kinderkrippe / ein Kindergarten wurde ab folgendem Lebensjahr an besucht:

- Gab es Verhaltensauffälligkeiten? nein
 ja und zwar

Schulzeit / Sozialverhalten

Einschulung im Alter von Jahren
 Von Klasse bis Schulart: Ort:|
 Von Klasse bis Schulart: Ort:|
 Von Klasse bis Schulart: Ort:|

Wurde eine Klasse wiederholt? nein ja und zwar ...



Besteht Förderbedarf oder Nachteilsausgleich? nein ja und zwar Gibt es von den Lehrern berichtete Auffälligkeiten? nein ja und zwar (falls nicht schon oben beschrieben)

.....

Kontaktverhalten

kontaktfreudig vorsichtig enge Freunde großer Freundeskreis

.....

Körperliche Entwicklung / Krankheiten

Schwerwiegende oder chronische körperliche Erkrankungen: nein

ja und zwar.....

Krankenhausaufenthalte / Operationen ? nein

ja und zwar (bitte auch Zeit und Grund mit angeben)

.....

.....

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente: nein ja und zwar

Name / Wirkstoff / mg	Einnahmezeit (z.B. 1-0-0)	Einnahme seit	Verordner	Wirksamkeit?

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien? nein

ja und zwar

Bisherige Hilfen (Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapie, Ergotherapie etc.):

Jahr / seit	Welche Hilfe (Frühförderung, Ergo-, Physiotherapie, Erziehungsberatung, Familienhilfe, Psychotherapie, KJP-Vorbehandlungen	Wurde eine Diagnose gestellt? Welche?

Konsum von Alkohol? nein ja, Häufigkeit:

Konsum von Drogen? nein ja, welche Substanzen?

Probleme mit dem Ein- oder Durchschlafen?

Probleme mit dem Appetit?

Was kann Ihr Kind besonders gut / Hobbys? / Vereinszugehörigkeit?

.....

.....



Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich mich als Vater / Mutter / Vormund damit einverstanden,
dass mein Kind / Mündel

.....

(Name, Geburtsdatum)

bei Frau Carolin Grunert, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
behandelt werden darf.

.....

(Ort, Datum)

.....

Unterschrift

.....

(Ort, Datum)

.....

Unterschrift



BEHANDLUNGSVERTRAG FÜR PRIVATPATIENTEN

Name des Patienten _____

Vorname _____

Geboren _____

Straße /Nr. _____

Postleitzahl/Ort _____

Telefon(Festnetz) _____

Telefon (Mobil) _____

Krankenkasse _____

Als Sorgeberechtigte/r (od. volljährige/r Patient/in) wünsche ich / wünschen wir die Untersuchung/Behandlung meines/unsere/er Kindes durch Frau Carolin Grunert, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Mit der Liquidation nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) bin ich einverstanden.

Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze § 5 GOÄ und dem möglichen Ansatz von Analogleistungen § 6 GOA) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung und/oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen. Leistungen durch Dritte werden von diesen unmittelbar berechnet (§ 4 Abs. 5 GOÄ)

Mir ist bekannt, dass die Rechnung nach 14 Tagen zur Zahlung fällig ist.

Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ wurde mir gegeben.

Remchingen, den _____

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten (bzw. des/der volljährigen Patienten/in)



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Name:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte/r Sorgeberechtigte/r,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Carolin Eva Grunert

Praxisname: Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Adresse: Hauptstr. 75, 75196 Remchingen

Kontaktdaten: Tel. 07232/3642740; Mail: info@praxisgrunert.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.



4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Anschrift: Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Team der Praxis Grunert

Diese Datenschutzbestimmungen habe ich / haben wir zur Kenntnis genommen und erkläre/n mich/uns damit einverstanden.

....., den

Ort

Datum

.....

Unterschrift des/der Patienten/in oder des/der Sorgeberechtigten



AUSFALLHONORARVEREINBARUNG

Name des Patienten _____

geboren _____

Unsere Praxis führt Termine nach dem Bestellsystem. Die Zeit, die wir Ihnen einräumen ist also für Sie persönlich reserviert und verbindlich.

Wir bitten daher Termine, die nicht eingehalten werden können, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn abzusagen, damit wir die Möglichkeit haben die reservierte Zeit anderweitig zu verplanen. Die Absage kann telefonisch während der telefonischen Sprechzeiten des Sekretariats unter 07232/3642740, oder jederzeit per FAX unter 07232/3642743 oder per Mail unter info@praxisgrunert.de erfolgen.

Bei unentschuldigtem Fernbleiben werden wir die Vergütung, entsprechend der ausgefallenen Leistung, jedoch mit mindestens 50€ in Rechnung stellen. Dies gilt nicht, wenn Sie kein Verschulden an dem Versäumnis des Termins trifft.

Die Rechnung ist vor dem nächsten Termin zu begleichen.

Mit dieser Regelung erkläre ich mich einverstanden.

Remchingen, den _____

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten (bzw. des/der volljährigen Patienten/in)