

Anamnesedokumentation

Patient/in: _____ geb: _____
Wohnort: _____
Adresse: _____ Mail: _____
Telefonnummer: _____

Leibliche Mutter: _____ geb: _____
Adresse: _____
Schul- und Berufsausbildung: _____
Jetziger Beruf/Arbeitgeber: _____
Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Std.
Erkrankungen (körperl. oder psychische): _____
Erkrankungen in der Familie: _____
Telefonnummer: _____ Mail: _____

Leiblicher Vater: _____ geb: _____
Adresse: _____
Schul- und Berufsausbildung: _____
Jetziger Beruf/Arbeitgeber: _____
Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Std.
Erkrankungen (körperl. oder psychische): _____
Erkrankungen in der Familie: _____
Telefonnummer: _____ Mail: _____

Familienstand: ☐ Verheiratet ☐ Getrennt seit: _____ ☐ Geschieden seit: _____

Sorgerecht liegt bei: _____

Abweichende Elternsituation (z.B. Pflegeeltern, Adoptiveltern, Wohngruppe):

Geschwister bitte Name, Vorname, Geburtsdatum, Schulform/Klasse, Erkrankungen angeben.

Leibliche Geschwister:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Halb-/Stiefgeschwister:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Kinderarzt: _____

Sozialdienste/Jugendamt (Name,Telefon): _____

Warum möchten Sie Ihr Kind in der Praxis vorstellen?:

Was wurde zur Lösung der Probleme schon versucht? Wo haben Sie ihr Kind bereits vorgestellt? (Bitte Institution und Vorstellungsjahr angeben)

Eigenanamnese:

Schwangerschaft

☐ Mehrlingsschwangerschaft

Verlauf: ☐ Ungestört

☐ Vorzeitige Wehen

☐ Blutungen

☐ Drohender Abort (Fehlgeburt?)

☐ Erbrechen/Übelkeit

☐ Schwangerschaftsvergiftung

☐ Zigarettenkonsum: _____ pro Tag

☐ Alkoholkonsum

☐ Drogenkonsum

☐ Medikamente _____

Psychische Belastungen: _____

☐ _____

Geburt:

Termin (SSW): _____

Wo erfolgte die Geburt: _____

☐ Spontan

☐ Einleitung

☐ Vorzeitiger Blasensprung

☐ Zangengeburt

☐ Kaiserschnitt

☐ Saugglocke

☐ Geburtskomplikationen: _____

Geburtsgewicht: _____ g

Größe _____ cm

Kopfumfang: _____ cm

APGAR ____ / ____ / ____

Nach Geburt:

☐ Unkompliziert

☐ Sauerstoffmangel

☐ Brutkasten

☐ Verstärkte Gelbsucht

☐ Krämpfe

☐ Sonstiges: _____

Frühkindliche Regulation:

☐ Schreien/Unruhe (Stunde pro Tag): _____

☐ Einschlafstörung

☐ Durchschlafstörung

☐ Stillzeit: _____ Monate

☐ Fütterstörung

☐ Trinkschwierigkeiten

Kindliche Entwicklung:

Krabbeln mit: _____ Monaten Freies Laufen mit: _____ Monaten

Motorische Auffälligkeiten: _____

Erste Worte mit: _____ Monaten Erste Zweiwortsätze mit: _____ Monaten

Richtig Sprechen mit: _____ Monaten Mutter-/Familiensprache: _____

Sprachauffälligkeiten: _____

Trocken mit: _____ Monaten Sauber mit: _____ Monaten

Auffälligkeiten Sauberkeitsentwicklung: _____

Krippe/ Kindergarten:

Krippen-/ Kindergartenbesuch Nein Ja, im Alter von _____ bis _____

Name Krippe/Kindergarten: _____

Auffälligkeiten im Kindergarten:

☐ Trennungsangst

☐ Sozialverhalten

☐ Spielverhalten

☐ Aggression

☐ Unruhiges Verhalten

Sonstiges: _____

Schule:

Alter bei Schuleintritt: _____ Jahre Grundschule: _____

Verhalten/Probleme in der Grundschule: _____

Weiterführende Schule: _____

Aktuelle Klasse: _____

Aktueller Klassenlehrer/in: _____

Aktuelles Verhalten/Probleme in der Schule: _____

Klassenwiederholung: ☐ Nein ☐ Ja, Klasse _____

Sonstige Schulwechsel: ☐ Nein ☐ Ja, Zeitpunkt/Grund: _____

Freizeitverhalten:

Hobbys: _____

Medienkonsum (Fernsehen, Handy, PC, usw.): _____ Stunden pro Tag

Erkrankungen/ Operationen: _____

Allergien/ Unverträglichkeiten: _____

Appetit/ Schlaf: _____

Aktuelle Medikation: _____

Aktueller Hörtest/ Sehtest: _____

Durchgeführte Untersuchungen (z.B.: EEG, MRT, EKG): _____

Bisherige Förderungen:

Frühförderung/ AFI: _____

Ergotherapie: _____

Logopädie: _____

Krankengymnastik: _____

Psychotherapie: _____

Andere: _____

Wird ihr Kind aktuell in einer anderen sozialpsychiatrischen Praxis/Einrichtung oder
Institutsambulanz behandelt?

☐ Nein ☐ Ja _____

Ausgefüllt von: _____ Datum: _____

Einverständniserklärung zur Behandlung

Ich bin einverstanden, dass mein Kind / ich _____ geb. _____
im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Zweibrücken zur Diagnostik und Behandlung
vorgestellt wird /werde.

Da wir in unserer Praxis überwiegend nach Terminvereinbarung arbeiten, ist unser Praxisablauf
notwendigerweise stark strukturiert.

Termine, die mit uns vereinbart wurden, sind deshalb verbindlich.

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können – aus welchen Gründen auch immer – muss dieser
mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls behalten wir uns vor Ihnen die
entstandenen Kosten für den ausgefallenen Termin in Rechnung zu stellen, sofern dieser nicht
neu besetzt werden kann.

Unterschrift aller Sorgeberechtigter:

Mutter: _____ Vater: _____

Andere Sorgeberechtigte: _____

Patient über 18 Jahre: _____

- ☐ Hiermit erkläre ich mich mit der **Aufnahme eines Fotos** für die Patientenakte
einverstanden.
- ☐ Ich bin mit der Zusendung von Daten (z.B. Termine, Rezeptbestellungen) per einfacher **E-Mail**
einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails
personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-
Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung
durch Dritte – sind mir bewusst. Arztbriefe werden nicht per einfacher E-Mail versendet.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass **elektronische Arztbriefe** an den behandelnden
Kinderarzt versendet werden.

Unterschrift: _____

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung

(nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V)

Aufklärung des Patienten/Sorgeberechtigten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich/mein Kind und den Arzt/Therapeuten freiwillig.
- Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.

Einverständniserklärung des Patienten/Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich,

- dass ich von den entsprechend der Anforderungen an die Teilnahme zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V) informiert wurde.
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch Ärzte/Therapeuten einwillige.
- dass die meine Person/mein Kind betreffenden Daten (Terminatum sowie Uhrzeit des Termines) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Firma Medflex, gespeichert und verarbeitet werden.

Hinweis: Die Firma Medflex hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei den Mitarbeitern mündlich oder unter info@kjp-zw.de widerrufen kann.

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten

Datum, Ort: _____

Unterschrift des Patienten /Sorgeberechtigten