



Anmeldebogen

Name des Kindes: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Tel-Nr.: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Name des Haus- / Kinderarztes (+Ort): _____

Schule

Derzeit besuchte Schule und Klasse: _____

Hort/ Nachmittagsbetreuung: Stunden pro Tag _____

Familie

Mutter: Leibl. / Stief- / Adoptiv- / Pflege- Name: _____

Geburtsjahr: _____ Schulabschluss: _____

Beruf: _____ Berufstätigkeit: _____ Std./Woche

verheiratet / gemeinsam lebend / getrennt lebend seit _____ / geschieden seit _____

Sorgerecht: gemeinsam / alleinig: nur _____

Vater: Leibl. / Stief- / Adoptiv- / Pflege- Name: _____

Geburtsjahr: _____ Schulabschluss: _____

Beruf: _____ Berufstätigkeit: _____ Std./Woche

Andere (neue/vorige) Elternteile: _____

Geschwister: (Name, Alter, Schule, Klasse, eventuelle Auffälligkeiten)

Gibt es innerhalb der Familie Belastungen (seelische od. körperliche Krankheiten)? ja / nein

falls ja, welche: _____

Litt oder leidet Ihr Kind an körperlichen Erkrankungen?

Freizeit

Mitgliedschaft in Vereinen oder Gruppen: _____

Hobbies: _____



Bisherige Untersuchungen / Behandlungen:

Frühförderung: von _____ bis _____ bei _____
Ergotherapie: von _____ bis _____ bei _____
Logopädie: von _____ bis _____ bei _____
Homöopathie: von _____ bis _____ bei _____
Schulpsychologin: von _____ bis _____ bei _____
Jugendamt: von _____ bis _____ bei _____
_____ : von _____ bis _____ bei _____

Facharzt für Kinder- und
Jugendpsychiatrie oder
Diplom-Psychologe von _____ bis _____ bei _____

Bisherige Medikamente: Name: _____ von _____ bis _____
Name: _____ von _____ bis _____
Name: _____ von _____ bis _____

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Das Kleingedruckte

Erklärung zur Sozialpsychiatrievereinbarung

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass mein Kind nicht bei einem anderen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem sozialpädiatrischen oder sozialpsychiatrischen Zentrum oder in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz in laufender Behandlung ist. Mir ist bekannt, dass anderenfalls diese Behandlung zuerst beendet werden muss, bevor die Behandlung in der Praxis Dr. Nedoschill beginnen kann (§6 Abs. 4 SPV).

Ausfallgebühr

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir aufgrund unserer genauen Terminplanung darauf angewiesen sind, dass Sie Termine, die Sie mit Ihrem Kind nicht wahrnehmen können, rechtzeitig absagen. Nur so ist es uns möglich, rechtzeitig von unserer Warteliste jemand anderen einzubestellen, der dringend auf einen Termin wartet.

Wenn Sie zu einem vereinbarten Termin nicht kommen, ohne spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, müssen wir Ihnen privat eine Ausfallgebühr von €40,80 (Ziff. 886 GOÄ) in Rechnung stellen.

Datenverarbeitung

Unsere Dokumentation erfolgt elektronisch in unserer EDV. Digitale Diktate werden vom externen Dienstleister IVA verschriftlicht. Papier-Bestandteile der Patientenakte werden in regelmäßigen Abständen digitalisiert. Dies erfolgt zum Teil durch die Firma Herzolager in Herzogenaurach unter Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Vorschriften.

Briefversand

Wenn Sie von uns Briefpost (z.B. auch Arztbriefe, Gutachten oder Rechnungen, die persönliche Daten enthalten) erhalten, kann dies auch durch den Service E-Post erfolgen. Hierfür werden die Daten elektronisch an die Deutsche Post übertragen und dort erst gedruckt, kuvertiert und versandt.

Datenschutz

Die Datenschutz-Hinweise der Praxis habe ich unter www.nedoschill.de/datenschutz-praxis eingesehen und bin damit einverstanden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie über diese Regelungen informiert wurden und damit einverstanden sind.

Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht: Hiermit erklären wir, dass wir mit der Diagnostik und Behandlung unseres Kindes in der Praxis Dr. Nedoschill beide einverstanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten