



PRAXIS
Dr. med. Raffaella Macri

Lindwurmstr. 5
80337 München
Tel. 089 /96 05 85 25
Fax: 089/95 00 69 80

www.praxis-macri.de

Anmeldung zur fachärztlichen Untersuchung

Sehr geehrte Eltern,

Sie erhalten den Anmeldebogen zur Vorbereitung auf das erste Gespräch in unserer Praxis. Der Fragebogen ist umfangreich und soll uns einen ersten Einblick in die Entwicklung Ihres Kindes gewähren. Wir bitten Sie, die Fragen so genau wie möglich und in Ruhe zu beantworten.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir erst nach Erhalt des Anmeldebogens mit Ihnen telefonisch einen Termin vereinbaren können.

Senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen per Post, E-mail oder Fax zu. Hierzu ist es wichtig, dass Sie uns auch Zeiten und Telefonnummern mitteilen, zu denen wir Sie tagsüber gut erreichen können.

Haben beide Eltern das Sorgerecht?

Wenn beide Elternteile das Sorgerecht haben, ist es wichtig, dass auch beide Eltern den Anmeldebogen unterschreiben. Zum Teil ist es auch sinnvoll Kontakt zu anderen Bezugspersonen des Kindes (z. B. Kita, Schule etc.) aufzunehmen. Dies findet nur mit einer schriftlichen Schweigepflichtsentbindung durch Sie statt, die Sie im Anmeldebogen mit ausfüllen können.

Die Erstvorstellung mit Ihnen und Ihrem Kind findet in aller Regel am Vormittag statt, da die Kinder für bestimmte Testverfahren ausgeruht sein müssen. Nach Abschluss der Diagnostik werden in einem anschließenden Beratungsgespräch die Ergebnisse der Untersuchungen erläutert und mögliche Behandlungsmaßnahmen mit Ihnen besprochen.

Falls Sie noch weitere Fragen haben sollten, rufen Sie uns bitte an.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Zusammenarbeit!

Mit freundlichem Gruß,

Dr. med. Raffaella Macri

Bankverbindung:

Dr. Macri
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: De26 3006 0601 0001 1985 43
BIC: DAAEDEDXXX

Anmeldebogen

Allgemeine Angaben zum Kind:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geb.datum: _____ Geburtsort/Land: _____

Adresse des Kindes: _____

Telefon/Mobil: _____

Nationalität: Deutsch Andere: _____

wächst mehrsprachig auf, welche Sprachen: _____

Bei wem lebt das Kind? Eltern Mutter Vater Andere: _____

Wer hat das Sorgerecht? beide Eltern Mutter Vater Andere: _____

Haus- oder Kinderarzt/Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Ihr Kind ist mitversichert bei: Mutter Vater Selbst Gesetzlich versichert

Privat versichert

Name/Vorname: _____

Geb. datum : _____

Auf wessen Empfehlung haben Sie ihr Kind bei uns angemeldet? _____

Sind Geschwisterkinder bei uns in Behandlung? ja nein

Name/Vorname/Geb.datum: _____

Ihr Kind besucht aktuell: Kita Schule/Klasse _____

Wenn möglich, legen Sie bitte dem Anmeldebogen ein Foto Ihres Kindes bei. DANKE!

Angaben für die fachärztliche Untersuchung

Welche Sorgen und Probleme Ihres Kindes möchten Sie klären ?

Seit wann bestehen die Sorgen und Probleme:

Welche Hilfe erwarten Sie ?

Angaben zur Familie des Kindes

Mutter

verheiratet/gemeinsam lebend mit Kindsvater getrennt lebend vom Kindsvater

alleinerziehend Patchworkfamilie

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

Geb. datum: _____

Tel. Festnetz: _____ Telefon Mobil: _____

Telefon Arbeit: _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeit ausgeübter Beruf: _____ Vollzeit Teilzeit derzeit nicht beschäftigt

Herkunftsland der mütterlichen Familie: _____

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen? _____

Vater

Kindsvater Stiefvater

alleinerziehend Patchworkfamilie

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

Geb. datum: _____

Tel. Festnetz: _____ Telefon Mobil: _____

Telefon Arbeit: _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeit ausgeübter Beruf: _____ Vollzeit Teilzeit derzeit nicht beschäftigt

Herkunftsland der väterlichen Familie: _____

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen? _____

Angaben zu den Geschwistern des Kindes

Wie viele Geschwister hat das Kind: _____

leben zusammen

1) Vorname: _____ Nachname: _____ Alter/Geb.jahr: _____

Kita Schultyp/Klasse: _____

2) Vorname: _____ Nachname: _____ Alter/Geb.jahr: _____

Kita Schultyp/Klasse: _____

3) Vorname: _____ Nachname: _____ Alter/Geb.jahr: _____

Kita Schultyp/Klasse: _____

Wie viele Halbgeschwister hat das Kind: _____

leben zusammen

1) Vorname: _____ Nachname: _____ Alter/Geb.jahr: _____

Kita Schultyp/Klasse: _____

2) Vorname: _____ Nachname: _____ Alter/Geb.jahr: _____

Kita Schultyp/Klasse: _____

3) Vorname: _____ Nachname: _____ Alter/Geb.jahr: _____

Kita Schultyp/Klasse: _____

Wie viele Stiefgeschwister hat das Kind: _____

leben zusammen

1) Vorname: _____ Nachname: _____ Alter/Geb.jahr: _____

Kita Schultyp/Klasse: _____

2) Vorname: _____ Nachname: _____ Alter/Geb.jahr: _____

Kita Schultyp/Klasse: _____

3) Vorname: _____ Nachname: _____ Alter/Geb.jahr: _____

Kita Schultyp/Klasse: _____

Anamnese

Aktuelle Körpergröße in cm: _____

Aktuelles Körpergewicht in kg: _____ Untergewicht Übergewicht

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein ? Wenn ja, welche ? _____

Seit wann ? _____ **Dosierung:** _____

Leidet Ihr Kind an einer Stoffwechselerkrankung (z. B. Diabetes) ?

Wenn ja, welche ? _____ **Seit wann ?** _____

Gibt es Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung ?

Hat Ihr Kind aktuell Schlafprobleme (Einschlafen, Durchschlafen, etc.) ?

Hat Ihr Kind derzeit Probleme mit dem Essen (z. B. Appetitminderung, ungünstige Ernährungsgewohnheiten) ? _____

Leidet Ihr Kind unter einer chronischen Erkrankung oder anderen Entwicklungsauffälligkeiten? _____

Kam es bei Ihrem Kind zu Operationen, Unfällen, Anfallsleiden oder Klinikaufenthalten ?

Wurde Ihr Kind wegen einer Auffälligkeit bereits untersucht ?

ja nein

Wenn ja, geben Sie bitte Ort, Jahr und Grund der Untersuchung an.

Sind bei Ihrem Kind Impfungen regelmäßig und vollständig erfolgt ?

ja nein **Bitte geben Sie uns die fehlenden Impfungen an:**

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft mit ihrem Kind ?

- Blutungen Infektionen schweres Erbrechen Bluthochdruck
 vorzeitige Wehen Unfälle/Operationen seelische Belastungen Medikamente

Welche Medikamente (Dosierung) wurden in der Schwangerschaft eingenommen ?

Wurden die folgenden Substanzen in der Schwangerschaft regelmäßig eingenommen ?

Regelmäßige Einnahme: nein ja

Alkohol Zigaretten andere Drogen _____

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin ?

ja (_____ Schwangerschaftswoche)

nein, _____ Wochen früher (_____ Schwangerschaftswoche)

nein, _____ Wochen später (_____ Schwangerschaftswoche)

Wo erfolgte die Geburt Ihres Kindes ? Zuhause Geburts-/Krankenhaus

Geburtsgewicht: _____ g **Größe** _____ cm **Kopfumfang** _____ cm

APGAR (siehe Mutterpass): _____

Gab es bei der Geburt Komplikationen ? Wenn ja, welche ?

Störung der kindlichen Herztöne

Beckenendlage

Kaiserschnitt

Saugglocke

Mehrlingsgeburt

Zangengeburt

grünes Fruchtwasser

besonders lange Geburt

andere Komplikationen

Neugeborenenzeit (erste Lebensmonate)

Traf einer der folgenden Punkte auf Ihr Kind zu ?

auffällige blasse/fahle Hautfarbe Fototherapie notwendig

gelbe Hautfarbe Beatmung notwendig

War in den ersten Lebensmonaten ein Klinikaufenthalt Ihres Kindes notwendig ?

ja nein

Wenn ja, wo, wie lange und aus welchem Grund ?

Litt Ihr Kind in den ersten Lebensmonaten an Erkrankungen ? Wenn ja, welche ?

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt ? _____

Trinkschwierigkeiten Anfälle häufiges Spucken auffallende Unruhe

auffallende Bewegungsarmut Schreckhaftigkeit

Frühkindliche Entwicklung

Bitte geben Sie uns einige Angaben zur motorischen- und sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes.

Motorik zeitgerecht selbstständiges Sitzen mit ____ Monaten

Krabbeln mit ____ Monaten

selbstständiges Gehen mit ____ Monaten

Sprache zeitgerecht Erstes Wort mit ____ Monaten

Zweiwortsätze mit ____ Monaten

Dreiwortsätze mit ____ Monaten

Wie verlief die Sauberkeitsentwicklung bei Ihrem Kind ?

Tagsüber zeitgerecht Trocken (Urin) mit ____ Jahren Sauber (Stuhl) mit ____ Jahren

Nachts zeitgerecht Trocken (Urin) mit ____ Jahren Sauber (Stuhl) mit ____ Jahren

Gab es besondere Probleme ?

Sind Ihnen Besonderheiten und/oder ein auffälliges Verhalten (z. B. Daumenlutschen, Nägelkauen, Einnässen etc.) Ihres Kindes aufgefallen ?

Sind Ihrem Kinderarzt/Ihrer Kinderärztin Besonderheiten bei den regelmäßigen Untersuchungen (U1-U9) aufgefallen ? Wenn ja, welche ?

Kinderkrippen- und Kindergartenzeit

Mein Kind wurde von einer/mehreren Tagesmüttern betreut (ab wann ?)

Mein Kind besuchte eine Kinderkrippe vom _____ bis zum _____ Lebensjahr.

Die Tagesmutter/die Krippe wurden gewechselt (wie oft/wann/warum) ?

Mein Kind besuchte den Kindergarten vom _____ bis zum _____ Lebensjahr.

Name der Einrichtung _____

Der Kindergarten wurde gewechselt (wie oft/wann/warum) ?

Hatte Ihr Kind Probleme in der Kinderkrippe bzw. im Kindergarten ? Wenn ja, welche ?

Litt Ihr Kind an Trennungsängsten ? ja nein

Wie äußerten sich diese ?

Zeigte Ihr Kind in der Kinderkrippe/im Kindergarten Auffälligkeiten im Sozialverhalten ?

ja nein

Bitte beschreiben Sie diese kurz:

Einschulung und Schulentwicklung

Aktuell besucht mein/unser Kind die _____ Klasse.

Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit ? _____

Schuladresse: _____

Mein Kind wurde am _____ (Datum) mit _____ Jahren in die Schule eingeschult.

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt ? ja nein

Welchen Grund gab es dafür ?

Hat Ihr Kind eine schulvorbereitende Einrichtung besucht ? ja nein

Name der Einrichtung: _____

Wie sind die Schulleistungen Ihres Kindes derzeit ?

Wo sehen Sie die Stärken und Schwächen Ihres Kindes in der Schule ?

Stärken: _____

Schwächen: _____

Wo sehen die Lehrer die Stärken und Schwächen Ihres Kindes ?

Stärken: _____

Schwächen: _____

Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule ? Wenn ja, welche/mit wem ?

Kommt es bei der Erledigung der Hausaufgaben zu Konflikten zwischen Ihnen und Ihrem

Kind ? ja nein

Ausfallhonorar

Um einen möglichst geregelten Praxisablauf gewährleisten zu können, bitten wir Sie freundlichst, folgende Punkte zu beachten:

1. Die Praxis wird als Bestellpraxis geführt. Termine werden ausdrücklich für Sie oder Ihr Kind freigehalten. Sie werden daher gebeten, die Termine einzuhalten oder rechtzeitig, das heißt mindestens 24 Stunden vorher, abzusagen. Bei Erkrankungen bitten wir um unverzügliche Benachrichtigung oder Rückfrage. Bei Nichterscheinen zum Termin ohne rechtzeitige Absage, muss Ihnen ein Stundenausfallhonorar von 61,20 Euro in Rechnung gestellt werden.
2. Nur für Privatpatienten: In Ausnahmefällen kann es vorkommen, dass z. B. aufgrund erhöhten Zeitaufwands bestimmte Behandlungen mit dem dreifachen Faktor berechnet werden müssen. Das erhöhte Honorar wird nicht immer von allen Privatkassen erstattet. In diesem Fall begleichen Sie den Differenzbetrag bitte selbst.
3. Berichte oder Gutachten (z. B. an das Jugendamt) sind nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten und müssen von Ihnen Bar bezahlt werden.
4. Privatliquidationen werden von uns an die privatärztliche Rechnungsfirma MEDAS weitergegeben, die bevollmächtigt ist, unsere Honorarforderungen einzuziehen. Die Abrechnungsstelle arbeitet ausschließlich auf unsere Weisung und unterliegt ebenso wie ein Arzt der ärztlichen Schweigepflicht (§203 Abs. 1 Nr. 6 StGB) und den Bestimmungen der Datenschutzverordnung (DSGVO). Durch Ihre Unterschrift geben Sie uns Ihr Einverständnis, dass gemäß §4b Abs. 2 (DSGVO), Ihre zur Rechnungsstellung, Geltendmachung und Abtretung notwendigen personenbezogenen Daten an die Abrechnungsstelle und Ihre Erfüllungshilfen übermittelt werden dürfen. Nur in diesem Umfang findet eine Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht (§202 Abs. 1 Nr. 6 StGB) statt. Gerichtsstand ist München.
5. Sie erklären sich mit Ihrer Unterschrift bereits einverstanden, dass wir zur Befunddokumentation oder internen Qualitätssicherung Fotos, Video- und Audioaufzeichnungen von Ihrem Kind/Jugendlichen erstellen dürfen.

Ich habe die o. g. Punkte gelesen, verstanden und akzeptiert.

Ort, Datum

Mutter/Sorgeberechtigte

Ort, Datum

Vater/Sorgeberechtigter

Als Inhaber der elterlichen Sorge für

(Name und Geburtsdatum des Kindes)

bin ich/sind wir damit einverstanden, dass Unterlagen (Akten, Berichte, Untersuchungsergebnisse) der in diesem Bogen angegebenen Stellen von der Praxis Dr. med. Raffaella Macri angefordert werden können. Mir ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden. Sollten beide Elternteile das Sorgerecht innehaben, müssen auch beide Eltern unterschreiben. Für den Fall des geteilten Sorgerechts versichern Sie uns mit Ihrer Unterschrift, dass die Untersuchung und Behandlung im Einverständnis mit dem anderen Elternteil/Sorgeberechtigten geschieht.

Ort, Datum

Unterschrift (Mutter/Sorgeberechtigte)

Ort, Datum

Unterschrift (Vater/Sorgeberechtigter)

Entbindung der Schweigepflicht

Wir entbinden/ich entbinde die Praxis Fr. Dr. Raffaella Macri von der Schweigepflicht über unser/mein Kind

(Name und Geburtsdatum des Kindes)

gegenüber (Name/Adresse/Telefon): _____
(z. B. Kita, Schule, Ärzte, Therapeuten etc.)

Wir sind/ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Fr. Dr. Raffaella Macri zu den o. g. Institutionen oder Personen (unter Beachtung des Datenschutzes) Kontakt aufnimmt und entsprechende Unterlagen anfordert bzw. weiterleitet.

Ort, Datum

Unterschrift (Mutter/Sorgeberechtigte)

Ort, Datum

Unterschrift (Vater/Sorgeberechtigter)

