FACHARZTPRAXIS FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE- UND PSYCHOTHERAPIE

Zentrale Praxis
Dr. Macrì und Team

Dr. med Raffaela MACRÌ · Lindwurmstr. 5 · 80337 München

PRAXIS
Dr. med. Raffaela Macrì

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 geht nur dann, wenn Sie uns schriftlich von der Schweigepflicht entbinden. Die Schweigepflichtentbindung können Sie bereits im Anmeldebogen, oder vor Ort ausfüllen.

Die Erstvorstellung mit Ihnen und Ihrem Kind findet in aller Regel am Vormittag statt, da das Kind für bestimmte Testverfahren ausgeruht sein sollte. 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. Raffaela Macrì

Bankverbindung:

Dr. Macrì
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: De26 3006 0601 0001 1985 13
BIC: DAAEDEDDXXX

Anmeldebogen

Allgemeine Angaben zum Kind:

Vorname: _____ ♀ ♂ ⚥

Nachname: _____

Geb.datum: _____ **Geburtsort/Land:** _____

Adresse des Kindes: _____

Telefonnr. f. Terminvereinbarung _____

Nationalität: **O Deutsch** **O Andere:** _____

O wächst mehrsprachig auf, welche Sprachen: _____

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

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

Haus- oder Kinderarzt/Anschrift: _____

_____

Name der Krankenkasse: _____

Ihr Kind ist mitversichert bei: **O Mutter** **O Vater** **O Selbst** **O Gesetzlich versichert**

O Privat versichert

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

Sind Geschwisterkinder bei uns in Behandlung ? **O ja** **O nein**

Name/Vorname/Geb.datum: _____

Ihr Kind besucht aktuell: **O Kita** **O 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

O verheiratet/gemeinsam lebend mit Kindsvater O getrennt lebend vom Kindsvater

O alleinerziehend O Patchworkfamilie

Vorname: _____ **Nachname:** _____

Adresse: _____

Geb. Datum: _____

Tel. Festnetz: _____ **Telefon Mobil:** _____

Telefon Arbeit: _____

Erlernter Beruf: _____

Derzeit ausgeübter Beruf: _____ **O Vollzeit O Teilzeit O derzeit nicht beschäftigt**

Herkunftsland der mütterlichen Familie: _____

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen ? _____

Vater

O Kindsvater O Stiefvater O getrennt lebend von Kindsmutter

O alleinerziehend O Patchworkfamilie

Vorname: _____ **Nachname:** _____

Adresse: _____

Geb. Datum: _____

Tel. Festnetz: _____ **Telefon Mobil:** _____

Telefon Arbeit: _____

Erlernter Beruf: _____

Derzeit ausgeübter Beruf: _____ **O Vollzeit O Teilzeit O derzeit nicht beschäftigt**

Herkunftsland der väterlichen Familie: _____

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen ? _____

Angaben zu den Geschwistern des Kindes

Geschwister _____ O leben zusammen

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

O Kita O Schultyp/Klasse: _____

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

O Kita O Schultyp/Klasse: _____

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

O Kita O Schultyp/Klasse: _____

Halbgeschwister _____ O leben zusammen

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

O Kita O Schultyp/Klasse: _____

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

O Kita O Schultyp/Klasse: _____

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

O Kita O Schultyp/Klasse: _____

Stiefgeschwister _____ O leben zusammen

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

O Kita O Schultyp/Klasse: _____

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

O Kita O Schultyp/Klasse: _____

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

O Kita O Schultyp/Klasse: _____

Anamnese

Aktuelle Körpergröße in cm: _____

Aktuelles Körpergewicht in kg: _____ O Untergewicht O 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 ?

O ja O nein

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

_____

Schwangerschaft

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft mit ihrem Kind ?

O Blutungen O Infektionen O schweres Erbrechen O Bluthochdruck

O vorzeitige Wehen O Unfälle/Operationen O seelische Belastungen O Medikamente

Welche Medikamente (Dosierung) wurden in der Schwangerschaft eingenommen ?

Wurden die folgenden Substanzen in der Schwangerschaft regelmäßig eingenommen ?

Regelmäßige Einnahme: O nein O ja

O Alkohol O Zigaretten O andere Drogen _____

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin ?

O ja (_____ Schwangerschaftswoche)

O nein, _____ Wochen früher (_____ Schwangerschaftswoche)

O nein, _____ Wochen später (_____ Schwangerschaftswoche)

Geburt des Kindeserfolgte hier : O Zuhause O Geburts-/Krankenhaus

Geburtsgewicht: _____ g Größe _____ cm Kopfumfang _____ cm

APGAR (siehe Mutterpass): _____

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

O Störung der kindlichen Herztöne O Beckenendlage O Kaiserschnitt

O Saugglocke O Mehrlingsgeburt O Zangengeburt

O grünes Fruchtwasser O besonders lange Geburt

O andere Komplikationen

Neugeborenenzeit (erste Lebensmonate)

Traf einer der folgenden Punkte auf Ihr Kind zu ?

O auffällige blasse/fahle Hautfarbe **O Fototherapie notwendig**

O gelbe Hautfarbe **O Beatmung notwendig**

War in den ersten Lebensmonaten ein Klinikaufenthalt Ihres Kindes notwendig ?

O ja O 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 ? _____

O Trinkschwierigkeiten O häufiges Spucken O auffallende Unruhe

O auffallende Bewegungsarmut O Schreckhaftigkeit

Frühkindliche Entwicklung

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

Motorik O zeitgerecht — **selbstständiges Sitzen mit _____ Monaten**

Krabbeln mit _____ Monaten

selbstständiges Gehen mit _____ Monaten

Sprache O zeitgerecht — **Erstes Wort mit _____ Monaten**

Zweiwortsätze mit _____ Monaten

Dreiwortsätze mit _____ Monaten

Wie verlief die Sauberkeitsentwicklung bei Ihrem Kind ?

Tagsüber Trocken (Urin) mit _____ Jahren Sauber (Stuhl) mit_____Jahren

Nachts Trocken (Urin) mit _____ Jahren Sauber (Stuhl) mit _____Jahren

Gab es besondere Probleme in der Entwicklung?

_____

_____

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 (wann/warum) ?

_____

_____

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

Name der Einrichtung _____

Der Kindergarten wurde gewechselt (wann/warum) ?

_____

_____

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

_____

_____

Litt Ihr Kind an Trennungsängsten ? **O ja** **O nein**

Wie äußerten sich diese ?

_____

_____

_____

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

O ja **O 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 mit _____ Jahren in die Schule eingeschult.

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt ? O ja O nein

Falls ja, welchen Grund gab es dafür ?

_____

Hat Ihr Kind eine schulvorbereitende Einrichtung besucht ? O ja O 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 ? O ja O nein

Wenn ja, wie sieht der Konflikt aus_____

Wir bitten zu beachten:

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. 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. **Als Sorgeberechtigte/r wünsche/n ich/wir eine fachärztliche Behandlung des Kindes.**

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

Ort, Datum	**Mutter/Sorgeberechtigte**
Ort, Datum	**Vater/Sorgeberechtigter**