



Therapeutisches Zentrum

Mariya Baumann & Dr. med. Susan Klotmann

FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie

Eichenweg 73, 30659 Hannover
Tel.: 0511 65669980 Fax: 0511 65669988
info@kinderpsychiater-bothfeld.de

Hannoversche Str. 60c, 38116 Braunschweig
Tel: 0531 1298666 Fax: 0531 1298667
info@kinderpsychiater-braunschweig.de

Behandlungsvertrag

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Zahlungspflichtige(r) / Rechnungsempfänger(in):

Name, Vorname Geburtsdatum

Beruf

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat Mobil dienstlich

Arbeitgeber

Krankenversicherung / Kostenträger

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Normale private Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Basistarif | <input type="checkbox"/> Standardtarif |
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Post B | <input type="checkbox"/> KBV |

Hiermit wird ein Behandlungsvertrag geschlossen. Der Patient bzw. der/die Sorgeberechtigte teilt ausdrücklich mit, privat versichert zu sein.

Für das Honorar gilt die Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Als Vergütung stehen dem Arzt nach GOÄ Gebühren, Entschädigungen (Wegegeld, Reiseentschädigung) und Ersatz von Auslagen zu. Der/Die Patient/in bzw. der/die Sorgeberechtigte ist Honorarschuldner des Arztes. Durch seinen Versicherungsvertrag hat er aber gegen seine Versicherung einen tarifmäßigen Erstattungsanspruch. Es besteht jedoch keinesfalls ein Anspruch, die Vergütung des Arztes von der Erstattung durch die Versicherung abhängig zu machen.

Ort, Datum

Unterschrift



Therapeutisches Zentrum

Mariya Baumann & Dr. med. Susan Klotmann

**FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und - psychotherapie**

Eichenweg 73, 30659 Hannover
Tel.: 0511 65669980 Fax: 0511 65669988
info@kinderpsychiater-bothfeld.de

Hannoversche Str. 60c, 38116 Braunschweig
Tel: 0531 1298666 Fax: 0531 1298667
info@kinderpsychiater-braunschweig.de

Honorarausfallvereinbarung bei Terminausfall / Einverständniserklärung Datensicherung zwischen

Name der/s Sorgeberechtigten: _____

und

Mariya Baumann und Dr. med. Susan Klotmann, Eichenweg 73, 30659 Hannover, Zweigstelle
Braunschweig, Hannoversche Str. 60c, 38116 Braunschweig (im Folgenden Praxis genannt).

Name des/r Patienten/in / Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Die Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem, d. h. die Praxis reserviert im Behandlungszeitraum Diagnostik-, Besprechungs- und Behandlungsstunden. Diese finden zu fest vereinbarten Zeiten statt. Aufgrund der großen Nachfrage sind die Termine oft mit langen Wartezeiten verbunden. Sollte der/die Patient/in an einem Termin verhindert sein, sind Sie verpflichtet, mindestens 48 Stunden vor dem Termin persönlich, telefonisch, per Email oder FAX abzusagen. Für vereinbarte Termine an einem Montag ist bis spätestens am vorherigen Donnerstag abzusagen. Bei Absagen später als 48 Stunden vor dem Termin erheben wir eine Ausfallgebühr in Höhe von 100,55 Euro (gem. GOÄ) je ausgefallener Stunde.

Sollte der Termin aus akuten Krankheitsgründen, z. B. Fieber, nicht wahrgenommen werden können, bitten wir um eine Terminabsage per Telefon oder Email. In diesen Fällen genügt dann die Vorlage eines ärztlichen Attestes. Eine Ausfallgebühr entfällt in diesem Fall.

Hiermit bestätigen wir die Kenntnisnahme, dass bei nicht rechtzeitiger Terminabsage eine Ausfallgebühr in Höhe von 100,55 € je ausgefallener Stunde erhoben wird.

Außerdem weisen wir darauf hin, dass die Gemeinschaftspraxis Mariya Baumann und Dr. med. Susan Klotmann der besonderen Regelung der Zweigpraxen unterliegt. An beiden o. g. Standorten kann auf das gemeinsame Praxisprogramm zugegriffen werden (elektronisch gespeicherte Daten). Auch besteht die Möglichkeit, die an einem Standort angelegte Patientenakte an den anderen Standort zu übergeben. Da diese Daten ebenfalls der Schweigepflicht und des Datenschutzes unterliegen, bedarf es dafür ebenfalls der Erlaubnis der Sorgeberechtigten, die hiermit gegeben wird.

Wir weisen desweiteren darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

Datum _____ Unterschrift _____



Therapeutisches Zentrum

Mariya Baumann & Dr. med. Susan Klotmann

FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie

Eichenweg 73, 30659 Hannover
Tel.: 0511 65669980 Fax: 0511 65669988
info@kinderpsychiater-bothfeld.de

Hannoversche Str. 60c, 38116 Braunschweig
Tel: 0531 1298666 Fax: 0531 1298667
info@kinderpsychiater-braunschweig.de

Einverständniserklärung des / der sorgeberechtigten Elternteils / Elternteile

Die Behandlung bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist im Sinne der sorgerechlichen Vorschriften des BGB eine Angelegenheit von "erheblicher Bedeutung". Diese verpflichtet Eltern, ihre gemeinsame Sorge im Einvernehmen auszuüben.

Für die Diagnostik und Behandlung ihres Kindes in unserer Praxis bedeutet dies, dass wir ein schriftliches Einverständnis **aller Sorgeberechtigter** benötigen, sofern **beide** Elternteile das Sorgerecht für das Kind bzw. die/den Jugendliche/n haben.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass mein oben genanntes Kind in der Praxis von Mariya Baumann und Dr. med. Susan Klotmann untersucht und gegebenenfalls behandelt wird.

Mutter:

Datum	Name (Druckschrift)	Unterschrift
-------	---------------------	--------------

Vater:

Datum	Name (Druckschrift)	Unterschrift
-------	---------------------	--------------

Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.



Therapeutisches Zentrum

Mariya Baumann & Dr. med. Susan Klotmann

Kurzfragebogen

Heutiges Datum: _____

Name: _____ **Geb.-Datum:** _____

Adresse: _____

Handynummer bei über 14jährigen Patienten: _____

Bitte beschreiben Sie kurz, weshalb Sie zu uns kommen:

Wer hat die Vorstellung bei uns empfohlen: _____

Mutter: Vor- u. Nachname: _____ Alter: _____ Sorgerecht : ja nein

Beruf: _____ Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Vater: Vor- u. Nachname: _____ Alter: _____ Sorgerecht : ja nein

Beruf: _____ Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

**Hinweis: Bitte geben Sie, wenn möglich, zwei (!) Telefonnummern bzw. Handynummern an!
Vielen Dank**

Sorgerecht Andere: _____

Krippen-Besuch: ja nein Wenn ja, in welchem Alter: _____

Kita-Besuch/Kindergarten-Besuch: ja nein Wenn ja, in welchem Alter: _____

Aktuelle Schule: _____ **Klasse:** _____

Kontakte zum ASD / KSD (Jugendamt): ja nein

Wenn ja, wenn welche Hilfen: _____

Ergotherapie: ja nein Wenn ja, in welchem Alter: _____

Logopädie: ja nein Wenn ja, in welchem Alter: _____

Nachhilfe: ja nein Wenn ja, in welchem Alter: _____

Psychotherapie: ja nein Wenn ja, in welchem Alter: _____

SPZ: ja nein Wenn ja, in welchem Alter: _____

Kinderarzt: _____

Sonderpädagogischer Förderbedarf: _____

Körperliche Erkrankungen (z.B. Asthma, Ohrenerkrankungen, Sehstörungen):

Medikamente (z.B. Asthmaspray, Pille): _____

Schwangerschaftsverlauf und Geburtskomplikationen: _____

Kindliche Entwicklung

Motorisch: _____

Sprachlich: _____

Sauberkeit (trocken werden): _____

Verhalten des Kindes / des Jugendlichen (aktuell):

- | | | | |
|---|-------------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> starke Zappeligkeit | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Ablenkbarkeit | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> aggressives Verhalten | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Impulsivität | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Regeleinhaltung | seit: _____ | <input type="checkbox"/> depressive Stimmung | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trennungsängste | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Schüchternheit | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tics | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Außenseiterrolle | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lese/Rechtschreibprobleme: | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Sprachprobleme | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rechenprobleme | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Drogenprobleme | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Koordinationsprobleme | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Alkoholprobleme | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Probleme der Motorik | seit: _____ | <input type="checkbox"/> psych. Erkrankungen | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> körperliche Erkrankungen | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Panikattacken | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Autistische Züge | seit: _____ | <input type="checkbox"/> Mobbing Erfahrungen | seit: _____ |

Was kann ihr Kind besonders gut? Ressourcen (Freunde, Vereine,)

Ziele/Erwartungen / Wünsche an die Behandlung in unserer Praxis?

