



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 sorgberechtigten Elternteils / Elternteile o. des volljährigen Patienten / Patientin

Die Behandlung bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist im Sinne der sorgberechtigten 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 **beider Sorgeberechtigter** benötigen, sofern beide Elternteile das Sorgerecht für das Kind bzw. die/den Jugendliche/n haben.

Auch volljährige Patienten / Patientinnen müssen die Einverständniserklärung zur Behandlung schriftlich erteilen

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.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich in der Praxis von Mariya Baumann und Dr. med. Susan Klotmann untersucht und gegebenenfalls behandelt werde.

Wir weisen darauf hin, dass im gleichen Quartal nicht zwei kinder- und jugendpsychiatrische Praxen konsultiert werden dürfen. Sie/Du bestätigen/bestätigst hiermit, dass Sie/Du im laufenden Quartal ausschließlich unsere Praxis in Anspruch nehmen und keine andere KJP-Praxis aufsuchen werden/wirst.

Mutter: _____

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

Vater: _____

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

Volljähriger Patient / volljährige Patientin: _____

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

Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.



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

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Die Termine in der Gemeinschaftspraxis Baumann und Dr. Klotmann gelten zwischen Praxis und
Sorgeberechtigten der Patienten als verbindlich vereinbart.

Aufgrund der großen Nachfrage sind die Termine leider oft mit langen Wartezeiten verbunden. Sollten Sie
an einem Termin verhindert sein, bitten wir Sie, mindestens 2 Werktage vor dem Termin abzusagen. Somit
können wir den Termin an jemand anderen vergeben. Leider kommt es immer wieder vor, dass Patienten
zum vereinbarten Zeitpunkt ohne Absage nicht erscheinen. In diesen Fällen erheben wir eine
Ausfallgebühr in Höhe von 65,00 Euro (Gruppe 25,00 Euro). 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 innerhalb von 7
Werktagen. Eine Ausfallgebühr entfällt in diesem Fall.

Die Gemeinschaftspraxis Mariya Baumann und Dr. med. Susan Klotmann unterliegt der besonderen
Regelung der Zweigpraxen. Das bedeutet, dass es einen weiteren Standort gibt. An beiden Standorten
kann auf ein gemeinsames Praxisprogramm zugegriffen werden. Auch besteht die Möglichkeit, die in einem
Standort angelegte Patientenakte an den anderen Standort zu übergeben. Da diese Daten ebenfalls der
Schweigepflicht und des Datenschutzes unterliegen, bedarf es 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.

Wir sind darüber informiert worden, dass bei nicht rechtzeitiger Terminabsage eine **Ausfallgebühr in
Höhe von 65,00 Euro** erhoben wird.

Datum _____

Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte / PatientInnen ab 18 selbst



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

Kurzfragebogen

Heutiges Datum: _____

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Adresse: _____

Aktuell wohnhaft, falls abweichend von o.g. Anschrift (z.B. Einrichtung; Pflegefamilie, etc.): _____

Handynummer bei über 14jährigen: _____

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: _____

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

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

Beruf: _____ Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

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 KSD (Jugendamt): ja ☐ nein ☐ Wenn ja, 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 auf der Bult: ja ☐ nein ☐ Wenn ja, in welchem Alter: _____

Kinderarzt: _____

Sonderpädagogischer Förderbedarf: _____

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

Brillenträger(in) ☐ ja ☐ nein

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

Schwangerschaftsverlauf und Geburtskomplikationen: _____

Kindliche Entwicklung

Motorisch: _____

Sprachlich: _____

Sauberkeit (Trocken werden): _____

Verhalten des Kindes / des Jugendlichen (aktuell):

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

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

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

