



Elternfragebogen

für die Vorstellung von Kinder/Jugendlichen in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ausgefüllt am (Datum):

Nachname des Kindes Vorname.....

Geb. am Geschlecht weibl. männl.

Straße Ort

Telefon Handy

Überweisender Kinder- (Haus-) Arzt
(bitte Überweisungsschein mitschicken!)

Krankenkasse 7stellige Krankenkassennr.:

Versichert durch geb.

Für eine erfolgreiche Behandlungsplanung sind für uns einige Informationen notwendig und hilfreich. Wir sichern Ihnen zu, dass wir alle Angaben streng vertraulich (im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht) behandeln, d.h. Informationen nur mit Ihrem Einverständnis weiter geben (siehe letzte Seite).

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit einem Überweisungsschein Ihres Hausarztes für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (gesetzlich Versicherte) oder der vom Versicherten unterschriebenen Kostenübernahmeerklärung (privat Versicherte) zurück. Auch benötigen wir das schriftliche Einverständnis aller Sorgeberechtigten in die Diagnostik/ Behandlung bei uns. Sie erhalten dann eine Eingangsbestätigung. Termine werden Ihnen später gesondert mitgeteilt bzw. mit Ihnen vereinbart. **Bei unmittelbar gefährlichen Notfällen (z.B. akute Suizidalität) kontaktieren Sie bitte telefonisch unseren Notdienst (Telefon 0 23 30 / 62-0) bzw. die örtlich zuständige Klinik** (Verzeichnis siehe www.gemeinschaftskrankenhaus.de/Bereich: Kinder- und Jugendpsychiatrie/Akutversorgung). Wenn Sie es einrichten können, sollten beide Eltern das Kind zur Erstuntersuchung begleiten. Bitte bringen Sie dann auch das gelbe Untersuchungsheft des Kindes und vorhandene Berichte anderer Institutionen mit. Bitte kreuzen Sie das jeweilige Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten gleichzeitig möglich, andere Fragen werden vielleicht gar nicht auf das Kind zutreffen. Sie können auch Fragen unbeantwortet lassen. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. In diesen Fällen schreiben Sie Ihre Antworten in Stichworten in die entsprechenden leeren Zeilen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Senden Sie diesen Fragebogen bitte an:
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie
und Neurologie des Kindes- und Jugendalters
Sekretariat 7 West
Gerhard-Kienle- Weg 4
58313 Herdecke



1. Wurde das Kind schon einmal bei uns oder in einer anderen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt?

nein Wenn ja ambulant stationär, wo

2. Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

Vater, Vor- und Zuname

Mutter, Vor- und Zuname

andere Person, welche

ausgefüllt am

Da zu einer umfassenden Beurteilung des Kindes das familiäre und soziale Umfeld sowie seine körperliche und emotionale Entwicklung wichtig sind, bitten wir Sie zunächst die folgenden Fragen zu beantworten.

I. Familiäre Situation

3. Beruf des Vaters / Stiefvaters / derzeitige Tätigkeit

.....

Geburtsdatum

4. Beruf der Mutter / Stiefmutter / derzeitige Tätigkeit

.....

Geburtsdatum

5. Familiäre Situation

Mutter und Vater verheiratet seit

Mutter / Vater verstorben seit

Mutter / Vater chronisch krank, behindert seit

getrennt / geschieden seit

Sorgerecht liegt bei

Kind lebt bei

Besuchskontakte zu wem, wie häufig?.....



- wiederverheiratet, wer, seit
- nicht eheliches Kind, leibliches Kind von
- Kind wurde adoptiert im Alter von
- Pflegekind seit
- Kind lebte im Heim von bis
- Sonstiges

6. Welche Personen betreuen das Kind?

.....

7. Geschwister (Name, Geburtsdatum)

.....
.....

8. Wohnverhältnisse

- ausreichend
- ungünstige, beengte Verhältnisse
- Kind teilt sich Zimmer mit
- häufiger Wohnungswechsel

9. Finanzielle Situation

- zufriedenstellend ausreichend belastend keine Angabe

10. Wurde jemand aus der Familie des Kindes wegen Ängsten, Depressionen, Essproblemen, Alkoholproblemen oder anderen psychischen Problemen ambulant oder in einer Klinik behandelt? Oder hat / hatte jemand solche Probleme, aber sucht / suchte keine Hilfe auf? Wenn ja, wer? Bitte näher beschreiben

.....
.....
.....
.....

- nein



II. Entwicklung des Kindes

11. Wie verlief die Schwangerschaft?

normal

Komplikationen:

12. Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes:

13. Wie verlief die Geburt?

normal

Geburtsgewicht

Frühgeburt

welche Schwangerschaftswoche?

Komplikationen (Zangengeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt, Nabelschnur um Hals, Sauerstoffmangel etc):

.....

.....

14. In welchem Alter lernte das Kind laufen?

15. Erfolgte eine krankengymnastische / ergotherapeutische Behandlung / Frühförderung / Heilpädagogik?
Wenn ja, welche, von - bis?

.....

.....

.....

nein

16. Wann lernte das Kind sprechen?

17. Besteht ein Hörschaden? Wenn ja, welcher Art?

nein

18. Erfolgte eine Sprachtherapie? Wenn ja, von – bis

nein



19. Besteht eine Sehschwäche? Wenn ja, trägt eine Brille seit

nein

20. Wann war Ihr Kind sauber?

Wann war es tagsüber trocken?..... Wann nachts trocken?

21. Leidet das Kind an einer bestimmten körperlichen Erkrankung (Asthma, Allergien usw.) oder neurologischen Erkrankungen (Anfallsleiden usw.) oder erblichen / angeborenen Erkrankungen? Wenn ja, seit wann? Welche?

.....
.....
.....

nein

22. Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

nein

23. War das Kind schon einmal im Krankenhaus? Wenn ja, wann etwa und in welcher Klinik? Warum?

.....
.....
.....

nein

24. Hat das Kind schon einmal einen Unfall erlitten? Wenn ja, Art des Unfalls?

.....
.....
.....

nein



III. Kindergarten – Schule

25. Wie ist / war das Verhalten im Kindergarten?

- ohne Probleme
- es gab / gibt Schwierigkeiten, weil

.....
.....

- besucht(e) keinen Kindergarten, weil

Nur falls noch Kindergartenkind

26. Name des Kindergartens? Bitte angeben, ob dies ein Regelkindergarten, ein heilpädagogischer, ein integrativer, ein Sprachheilkindergarten o.ä. ist.

.....

Wenn das Kind nicht zur Schule / Vorschule geht, können Sie bei Frage 38 weitermachen!

27. Das Kind besucht zur Zeit folgende Schule / folgenden Schultyp

- Grundschule
- Realschule
- Gymnasium
- Sonderschule für Lernbehinderte
- Sonderschule für Erziehungshilfe
- Sonderschule für Geistig Behinderte
- Sonderschule für Körperbehinderte
- Integrative Schule
- Schule im Rahmen einer Heimunterbringung
- andere Schulform:
- Es handelt sich um ein Internat
- Hauptschule
- Gesamtschule
- Freie Waldorfschule

Name der Schule

Name des Lehrers, der Lehrerin

Welche Klasse ?



28. Wie war die Schullaufbahn?

- eingeschult am:
- Vorschule besucht
- verspätete Einschulung wegen:
- vorzeitige Einschulung wegen:
- Wiederholung der Klasse, welche?
- Klasse übersprungen, welche?
- Schulwechsel im Jahre:
- zeitweise keine Schule besucht, von bis
- wegen

29. Geht das Kind gern zur Schule?

- ja
- geht regelmäßig
- erscheint unterfordert überfordert
- hat keine Lust
- verspätet sich oft
- hat regelrecht Angst vor der Schule
- schwänzt die Schule
- fehlt oft wegen

30. Welche besonderen schulischen Interessen hat das Kind?

.....

31. Welche Fächer fallen dem Kind schwerer?

.....

32. Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet?

- nein ja, wegen



33. Was beanstanden die Lehrer besonders an den Leistungen und / oder am Verhalten des Kindes?
(Bitte in Stichworten)

.....
.....

34. Was loben sie, wo fällt es positiv auf?

.....
.....

35. Wie zufrieden sind Sie mit der Erledigung der Hausaufgaben durch das Kind?

Bitte geben Sie eine Einschätzung von 1 - 6:

- muß meistens dazu besonders aufgefordert werden
- trödelt, unkonzentriert
- arbeitet nachlässig
- dem Kind muß ständig geholfen werden
- verschweigt oft, daß es Hausaufgaben auf hat
- weigert sich oft, die Hausaufgaben zu machen

36. Dauer der Hausaufgaben?

37. Wer betreut das Kind dabei?

Falls Lern- und Leistungsschwierigkeiten bestehen, bitte die Beurteilung / das Zeugnis mitbringen!

IV. Freizeit – Freunde – Fähigkeiten

38. Ist das Kind in einer Kinder-, Jugendgruppe oder einem Verein?

nein / ja,

39. Wie schätzen Sie die Kontakte des Kindes zu seinen Freunden ein
(außerhalb von Kindergarten bzw. Schule)?

- spielt mit den Kindern
- hat 1 - 2 gute Freunde



- hat keine Freunde
- spielt überwiegend mit älteren Kindern
- spielt überwiegend mit jüngeren Kindern
- hat Schwierigkeiten, weil

40. Welche besonderen Neigungen / Hobbys hat das Kind?

.....
.....

41. Worin sehen Sie seine besonderen Fähigkeiten?

.....
.....

42. Wie verbringt das Kind seine Freizeit?

- mit Freunden
- beschäftigt sich mit
- Fernsehen, wie viele Stunden täglich?.....
- Computer, Videospiele, wie viele Stunden täglich?.....
- ist viel mit Erwachsenen zusammen
- langweilt sich

Nun würden wir gerne einen Überblick darüber bekommen, was Sie zu uns führt.

V. Gründe der Vorstellung

43. Was sind die aktuellen Gründe, unsere Abteilung aufzusuchen?

Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt das Kind? (Bitte in Stichworten)

.....
.....
.....
.....



44. Wann ist dieses Verhalten / sind diese Beschwerden Ihrer Erinnerung nach zum ersten Mal aufgetreten?

ganz allmählich etwa mit Jahren beginnend

plötzlich im Alter von Jahren

45. Gab es irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?

ja, welche?.....

nein

46. Zeit sich das Verhalten häufiger oder seltener, wenn sich das Kind an bestimmten Orten aufhält?
Zu bestimmten Tageszeiten, in bestimmten Situationen und / oder in Anwesenheit bestimmter Personen?

häufiger bzw. stärker, wenn

.....

seltener bzw. schwächer, wenn

.....

nein

47. Für wen ist dieses Verhalten des Kindes das größte Problem, wer leidet am meisten darunter?

.....

48. Wie haben Sie bisher auf das genannte Verhalten des Kindes reagiert?

.....

49. Wie haben für das Kind wichtige Personen
(anderer Elternteil, Großeltern, ErzieherInnen, LehrerInnen usw.) auf das genannte Verhalten reagiert?

.....

.....

50. Haben Sie sich wegen des beschriebenen Verhaltens schon an andere Stellen gewandt (z. B. Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, Psychologe, Haus-, oder Kinderarzt, Schule, sonstige Stellen)?

ja, welche?

.....

.....

nein



51. Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen?
Mit welchem Erfolg?

.....
.....
.....

52. Wer hat uns empfohlen? Und mit welcher Erwartung?

.....
.....
.....

53. Welche Erwartungen haben Sie, wie man in Zukunft auf das Verhalten Ihres Kindes Einfluss nehmen könnte?

.....
.....
.....

54. Wie könnten wir Sie unterstützen, damit Sie das Problem, die Schwierigkeiten lösen können?

.....
.....
.....

55. Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?

.....
.....
.....

56. Was sollte sich durch eine Therapie auf keinen Fall verändern?

.....
.....
.....



57. Im Folgenden erfragen wir noch einige mögliche Probleme die Kinder und Jugendliche unserer Erfahrung nach haben *können*.

Bitte kreuzen Sie den Ausprägungsgrad des jeweiligen Problems an:

3 = stark vorhanden, **2** = deutlich vorhanden, **1** = leicht vorhanden, **0** = nicht vorhanden,

9 = wissen wir nicht.

Interaktion						
1	Nimmt Ihr Kind kaum Kontakt zu anderen auf?	3	2	1	0	9
2	Spricht Ihr Kind in bestimmten Situationen oder mit bestimmten Personen überhaupt nicht?	3	2	1	0	9
3	Hält Ihr Kind gegenüber fremden Personen keine Distanz ein?	3	2	1	0	9
4	Reagiert Ihr Kind kaum auf andere oder nimmt es kaum Blickkontakt zu anderen auf?	3	2	1	0	9
Sozialverhalten						
5	Hält sich Ihr Kind häufig nicht an Regeln und Grenzen?	3	2	1	0	9
6	Beschimpft oder bedroht Ihr Kind andere?	3	2	1	0	9
7	Gerät Ihr Kind in körperliche Auseinandersetzungen mit anderen?	3	2	1	0	9
8	Hintergeht Ihr Kind andere manchmal oder belügt es Sie oder andere häufiger?	3	2	1	0	9
9	Ist Ihr Kind schon einmal von zu Hause weggelaufen?	3	2	1	0	9
	Ist Ihr Kind dann auch über Nacht weggeblieben, ohne dass Sie wussten, wo es war?	3	2	1	0	9
Aktivität und Aufmerksamkeit						
10	Ist Ihr Kind bei körperlichen Aktivitäten eher langsam? Geht Ihr Kind körperlichen Aktivitäten gerne aus dem Weg?	3	2	1	0	9
11	Ist Ihr Kind sehr unruhig oder ständig in Bewegung?	3	2	1	0	9
12	Neigt Ihr Kind dazu, schnell und unüberlegt zu handeln oder kann schlecht abwarten, bis es an der Reihe ist?	3	2	1	0	9
13	Fällt es Ihrem Kind schwer, sich zu konzentrieren? Lässt es sich beim Spiel oder bei den Schularbeiten leicht ablenken?	3	2	1	0	9
Psychomotorik						
14	Haben Sie bei Ihrem Kind plötzlich auftretende Zuckungen einzelner Muskeln oder Körperteile beobachtet, die es offensichtlich nur schwer unterdrücken kann, z.B. Augenblinzeln oder Schulterzucken?	3	2	1	0	9
15	Muss Ihr Kind plötzlich, manchmal sogar mitten im Sprechen, Laute oder Wörter ausstoßen, die es offensichtlich nicht unterdrücken kann und die ihm manchmal auch sehr peinlich sind?	3	2	1	0	9
16	Kommt es vor, dass Ihr Kind lange Zeit hindurch immer wieder die gleichen Bewegungen macht, z.B. Schaukeln des Körpers, Drehen der Haare oder Wedeln mit den Händen?	3	2	1	0	9
Ängste						
17	Kann sich Ihr Kind von Ihnen auch für eine kurze Zeit nicht trennen? Kann es aus Angst, allein zu sein, nicht getrennt von Ihnen schlafen?	3	2	1	0	9



18	Hat Ihr Kind Angst vor Tieren, Dunkelheit, Gewitter, Verletzungen, Arztbesuchen oder anderen Dingen? Geht es diesen Situationen oder Dingen lieber aus dem Weg?	3	2	1	0	9
19	Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind Angst vor Leistungsanforderungen, z.B. Klassenarbeiten, hat?	3	2	1	0	9
20	Hat Ihr Kind Angst vor anderen Kindern oder Erwachsenen? Hat Ihr Kind Angst, vor der Klasse zu sprechen oder sich einer Gruppe anzuschließen (z.B. Verein)?	3	2	1	0	9
21	Hat Ihr Kind manchmal Angst, aus dem Haus zu gehen oder den Bus zu benutzen oder in die Stadt zu gehen? Haben Sie den Eindruck, dass es Ihrem Kind in diesen Situationen schlecht werden könnte?	3	2	1	0	9
22	Hat Ihr Kind plötzlich und unerwartet panische Angst, verbunden mit Schweißausbrüchen, Erstickungsanfällen, Herzrasen oder Todesangst? Hat es Angst, solche Anfälle wieder zu bekommen und vermeidet deswegen bestimmte Situationen?	3	2	1	0	9
Zwang						
23	Ist Ihnen aufgefallen, dass sich Ihr Kind immer wieder mit bestimmten Gedanken beschäftigt, von denen es sich kaum lösen kann, so dass es andere Dinge gar nicht mehr tun kann (z.B. von Keimen angesteckt zu werden oder dass etwas Schlimmes passiert)?	3	2	1	0	9
24	Muss Ihr Kind bestimmte Handlungen ständig wiederholen, obwohl sie eigentlich unsinnig sind, z.B. die Hände waschen oder etwas kontrollieren?	3	2	1	0	9
Stimmung und Affekt						
25	Muss Ihr Kind häufig weinen oder wirkt es traurig oder niedergeschlagen?	3	2	1	0	9
26	Ist Ihr Kind oft gereizt, misstrauisch oder unausgeglichen?	3	2	1	0	9
27	Wirkt Ihr Kind freud- und lustlos bei Dingen, die den meisten anderen Gleichaltrigen Spaß machen oder die Ihrem Kind früher Spaß gemacht haben?	3	2	1	0	9
28	Traut sich Ihr Kind nichts zu oder glaubt, bei anderen nicht gut anzukommen? Hat Ihr Kind ausgeprägte Selbstwertprobleme?	3	2	1	0	9
29	Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind seine Situation als ausweglos und verzweifelt erlebt?	3	2	1	0	9
30	Leidet Ihr Kind unter nicht gerechtfertigten Schuldgefühlen oder macht es sich übermäßig Vorwürfe wegen seiner eigenen Handlungen?	3	2	1	0	9
31	Zeigt Ihr Kind bei freudigen oder traurigen Anlässen wenig bis keine Gefühle?	3	2	1	0	9
32	Fühlt sich Ihr Kind schwunglos und ohne Kraft und Energie? Hat Ihr Kind an nichts mehr Interesse? Fällt es ihm schwer, auch einfache Aufgaben zu erledigen?	3	2	1	0	9
33	Verändert sich die Stimmung Ihres Kindes häufig von einer Minute zur anderen und schwankt dabei z.B. zwischen Lachen und Weinen?	3	2	1	0	9
34	Wirkt Ihr Kind häufig so, als ob es innerlich angespannt oder aufgewühlt sei oder unter einem inneren Druck stehe?	3	2	1	0	9
35	Traut sich Ihr Kind praktisch alles zu und kennt dabei keine Grenzen? Ist es manchmal in Hochstimmung und durch nichts zu erschüttern?	3	2	1	0	9



Essverhalten						
36	Hat Ihr Kind absichtlich an Gewicht verloren?	3	2	1	0	9
37	Isst Ihr Kind insgesamt sehr wenig oder passt sehr genau auf, was es isst? Lässt es bestimmte Nahrungsmittel weg?	3	2	1	0	9
38	Leidet Ihr Kind unter ausgeprägten Heißhungeranfällen, bei denen es ungewöhnlich große Nahrungsmengen zu sich nimmt?	3	2	1	0	9
39	Isst Ihr Kind deutlich mehr als andere und kann es seinen Appetit schlecht beherrschen?	3	2	1	0	9
Körperliche Beschwerden						
40	Nässt Ihr Kind tagsüber ein?	3	2	1	0	9
41	Nässt Ihr Kind nachts ein?	3	2	1	0	9
42	Kotet Ihr Kind noch ein?	3	2	1	0	9
43	Hat Ihr Kind körperliche Beschwerden wie z.B. Herz- Kreislaufbeschwerden?	3	2	1	0	9
44	Hat Ihr Kind öfter Schmerzen?	3	2	1	0	9
Denken und Wahrnehmung						
45	Wirkt Ihr Kind in seinem Denken verlangsamt oder stockt es im Gedanken?	3	2	1	0	9
46	Bleibt Ihr Kind im Gespräch häufig haften, indem es immer wieder das Gleiche wiederholt?	3	2	1	0	9
47	Berichtet Ihr Kind von quälenden Gedanken, von denen es sich nicht lösen kann?	3	2	1	0	9
48	Springt Ihr Kind während eines Gespräches häufig von einem Thema zum anderen, so dass man ihm nicht mehr richtig folgen kann?	3	2	1	0	9
49	Spricht Ihr Kind so zerfahren, dass man den Sinn nicht mehr verstehen kann?	3	2	1	0	9
50	Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind Stimmen hört, obwohl niemand in der Nähe ist, oder dass es Personen oder Gegenstände sieht, die andere nicht sehen können?	3	2	1	0	9
Belastende Erlebnisse						
51	Hat Ihr Kind Erlebnisse gehabt, die es seelisch stark belastet haben?	3	2	1	0	9
52	Erinnert sich Ihr Kind plötzlich und unvorhergesehen an solche Belastungserlebnisse, ohne dass Sie einen Auslöser für die Erinnerungen erkennen können?	3	2	1	0	9
53	Scheint Ihr Kind für kurze Augenblicke immer wieder plötzlich wie in einer anderen Welt zu sein?	3	2	1	0	9
54	Ist Ihr Kind ungewöhnlich schreckhaft?	3	2	1	0	9
55	Hat Ihr Kind ungewöhnlich häufige, intensive oder wiederkehrende Alpträume?	3	2	1	0	9
Andere Symptome						
56	Beschäftigt sich Ihr Kind ausschließlich mit bestimmten Gegenständen, ohne mit ihnen funktionsgerecht zu spielen, z.B. indem es bei Spielsachen nur die Oberfläche befühlt oder an ihnen riecht?	3	2	1	0	9



Bitte füllen Sie auch die weiteren Dokumente aus

Einverständniserklärung

Dieses Einverständnis benötigen wir aus rechtlichen Gründen für den Fall, dass eine/r der Sorgeberechtigten zum Erstgespräch oder zur weiterführenden Behandlung nicht anwesend sein kann. Wir wünschen uns eine enge Zusammenarbeit mit Ihnen als Sorgeberechtigten, freuen uns über Ihre Teilnahme an den Diagnostik- und Therapiegesprächen und sind gern bereit, Ihnen als Sorgeberechtigten Auskunft über den Stand der Diagnostik und Therapie zu erteilen. Schweigepflichtentbindung und Einverständnis zu einer medikamentösen Behandlung müssen gesondert erteilt werden (siehe ggf. entsprechende Vordrucke).

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte/r einverstanden mit der

ambulanten / stationären / teilstationären*

Diagnostik / Behandlung / Begutachtung*

meines Kindes

..... geb. am.....

in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke.

Name und ggf. abweichende Anschrift des / der Sorgeberechtigten:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift **aller** gesetzlich Sorgeberechtigten

* nicht zutreffendes bitte streichen



Bitte ausfüllen wenn Sie privat versichert sind!

Ambulanter Behandlungsvertrag

Zwischen Patient/-in: (Etikett)

Name:

geb. am:

vertreten durch die Sorgeberechtigten:

Name, Wohnort:

Versicherung*: Privat KVB gesetzlich
 Standardtarif Postbeamten

und dem liquidationsberechtigten Arzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Dr. med. Michael Meusers (oder dessen Vertreter) über die Behandlung in der Institutsambulanz
für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Gemeinschaftskrankenhauses.

Der Vergütungsanspruch wird nach der gültigen Gebührenordnung Ärzte (GOÄ), berechnet und erstellt.
Abgerechnet wird der 2,3 fache Satz (in begründeten Ausnahmefällen mit erheblichem Mehraufwand
auch bis zum 3,5 fachen Satz). Die Rechnung richtet sich gegen den Zahlungspflichtigen unmittelbar
und ist unabhängig von einer Erstattungsleistung ohne Abzug lt. § 12 GOÄ sofort zahlbar.

- Die Sorgeberechtigten nehmen privatärztliche Diagnostik und Behandlung zu den o.g. Bedingungen in Anspruch.
- Der/die Patient/-in ist gesetzlich versichert. Diese Vereinbarung wird getroffen, da kein Überweisungsschein/keine Versichertenkarte vorliegt.

Datum:

.....
Unterschrift des Versicherten/
Sorgeberechtigten

.....
der Ambulanz

.....
Unterschrift des Beauftragten