



Elternfragebogen

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

Ausgefüllt am (Datum):

Nachname des Kindes

Vorname.....

Geb. am

Geschlecht weibl. männl.

Straße

PLZOrt.....

Telefon

Handy

Mail

Fax

Überweisender Kinder- (Haus) Arzt

Krankenkasse

Krankenkassennummer.:

Versichertennummer.....

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 zu. Bei privat Versicherten benötigen wir zusätzlich den ausgefüllten und unterschriebenen ambulanten Behandlungsvertrag (Seite 9 dieser Unterlagen!). 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 (Tel. 02330/62-0) bzw. die örtlich zuständige Klinik.**

Diese finden Sie auch auf der Internetseite des Gemeinschaftskrankenhauses:

<http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/de/fachabteilungen/kinder.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 jeweilig 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.

Senden Sie den Fragebogen bitte an:

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie
und Neurologie des Kindes- und Jugendalters
Sekretariat 7 West
Gerhard-Kienle- Weg 4
58313 Herdecke



III. Kindergarten – Schule

16. Wie ist/war das Verhalten im Kindergarten?

ohne Probleme

es gab/gibt Schwierigkeiten, weil

.....

besucht(e) keinen Kindergarten, weil.....

Nur falls noch Kindergartenkind:

17. 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 19 weitermachen!

18. Das Kind besucht zur Zeit folgende Schule/folgenden Schultyp:

Grundschule

Hauptschule

Realschule

Gesamtschule

Gymnasium

Waldorfschule

Förderschule für Lernen

Förderschule für soziales und emotionales Lernen

Schule für Geistig Behinderte

Schule für Körperbehinderte

Integrative Schule

Schule im Rahmen einer Heimunterbringung

andere Schulform:

Es handelt sich um ein Internat.

Name der Schule:.....welche Klasse?.....

Name des Lehrers, der Lehrerin

19. 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

20. Geht das Kind gerne zur Schule?

ja

geht regelmäßig

erscheint unterfordert

erscheint überfordert

hat keine Lust

verspätet sich oft

hat regelrecht Angst vor der Schule

schwänzt die Schule

fehlt oft wegen

.....

.....

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

POSITIV:.....

NEGATIV:.....

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



IV Freizeit – Freunde – Fähigkeiten

21. 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.....
- ist in einem Verein/Jugendgruppe.
- Wenn ja, welche/r?

22. Wie verbringt das Kind seine Freizeit?

- mit Freunden
- beschäftigt sich mit.....
- Fernsehen, wie viele Stunden täglich?.....
- PC-Spiele, wie viele Stunden täglich?.....
- Handy, wie viele Stunden täglich?.....
- ist viel mit Erwachsenen zusammen
- langweilt sich

V Gründe der Vorstellung

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

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

.....

.....

.....

23. 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.

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

- Ja, welche?.....
- Nein

25. 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

.....

.....

26. Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen? (z.B. Therapie, Beratung, Sozialpädagogische Erziehungshilfe, Förderung über §35a KJHG etc.)

.....

27. Wer hat uns empfohlen? Mit welcher Erwartung?

.....

28. Bitte benennen Sie die gewünschten **Therapieziele** und den **Behandlungsauftrag** für Ihr Kind!

.....

.....

.....



Wünschen Sie eine **ambulante Diagnostik** und/oder eine **teilstationäre Diagnostik/Behandlung (6-12 J.) bzw. stationäre Diagnostik/Behandlung (6-17 J.)** für Ihr Kind?

.....
Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Für weitere Fragen und Einzelheiten stehen wir Ihnen beim Ambulanztermin zur Verfügung. Bitte bringen Sie für ein Gespräch und das Ausfüllen von einem Fragebogen eine Stunde Zeit mit.

Sie erleichtern uns die Arbeit, wenn Sie uns jetzt schon eine **Schweigepflichtentbindung** gegenüber z.B. dem Hausarzt/Kinderarzt erteilen, damit dieser nach Abschluss von Diagnostik und Therapie einen Bericht erhalten kann.

Hiermit entbinden wir als Sorgeberechtigte des Kindes/Jugendlichen

.....
Name u. Vorname des Patienten

Geburtsdatum

die Ärzte und Therapeuten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen zum gegenseitigen schriftlichen, mündlichen und telefonischen Informationsaustausch:

.....
(Bitte eintragen, wer einen Bericht erhalten darf und mit wem ein Informationsaustausch erfolgen darf: z. B. überweisender Arzt, Kinderarzt, Hausarzt, Kinder- u. Jugendpsychiater.)

Uns ist bekannt, dass wir diese Schweigepflichtentbindung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen können.

.....
Ort, Datum

Unterschrift **aller** gesetzlich Sorgeberechtigten



Bitte füllen Sie auch dieses Dokument 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 Diagnostik
- teilstationären Diagnostik/Behandlung
- stationären Diagnostik/Behandlung/Begutachtung **(nicht Zutreffendes bitte streichen!)**

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



Bitte ausfüllen, falls 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,
Prof. Dr. med. Oliver P. Fricke (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