

BEHANDLUNGSVERTRAG WICHTIGE PRAXISINFORMATION

über die gesamte Diagnostik- und Behandlungszeit in meiner sozialpsychiatrischen Praxis

Sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

Sie stellen Ihre Tochter / Ihren Sohn _____

geb. _____

erstmals in meiner fachärztlichen Praxis vor.

Um Ihrem Wunsch zu entsprechen, benötigen wir die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, das heißt in der Regel beider Eltern (dies ist auch dann nötig, wenn beide Elternteile nicht mehr zusammenleben, jedoch das Sorgerecht gemeinsam ausüben) .

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der KJP Praxis Trier die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Ablauf:

In der Regel werden **nach dem diagnostischen Ersttermin noch weitere diagnostisch-therapeutische Termine notwendig** werden. Diese dienen zunächst dem Kennenlernen und der Untersuchung Ihres Kindes oder Jugendlichen, ggf. auch Ihrer Familie.

Da wir eine sozialpsychiatrische Praxis sind, werden therapeutische Mitarbeiter unter fachärztlicher Aufsicht mit Ihnen und Ihrem Kind in Kontakt treten.

Die nach dem Erstgespräch weiter vereinbarten Termine gelten sowohl seitens der Praxis wie auch seitens der Patientenfamilien als verbindlich.

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 50 Euro**.

Sollte der Termin aus akuten Krankheitsgründen, 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. Wir behalten uns vor, bei mehrfach nicht rechtzeitig abgesagten Terminen die Behandlung auf Grund fehlender Behandlungsgrundlage zu beenden.

Auch weisen wir jetzt bereits darauf hin, dass die **weiteren Diagnostiktermine in der Regel vormittags** vereinbart werden, da die Nachmittagstermine in unserer Praxis für laufende Therapien und Behandlungen reserviert sind, damit die betreffenden Kinder oder Jugendlichen nicht zu häufig in der Schule fehlen müssen. Zudem sind gewisse Entwicklungsuntersuchungen auch nur vormittags fachlich aussagekräftig durchzuführen.

Außerdem möchten wir betonen, dass wir Ihr Kind nur dann zur Diagnostik oder Therapie in Empfang nehmen können, wenn uns eine für das **jeweilige Quartal gültige Überweisung oder die Versichertenkarte** Ihres Kindes vorliegt.

Sollte uns diese „Eintrittskarte“ nicht bis spätestens zum zweiten vereinbarten Termin eines Quartals vorgelegt werden, so haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir Ihr Kind an diesem Termin nicht untersuchen oder behandeln können.

Sollte uns die Versichertenkarte oder Überweisung für das betreffende Quartal nicht vorgelegt worden sein, so werden wir Ihnen die entsprechenden Kosten gemäß der Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung RLP privat in Rechnung stellen müssen; die Rechnungsstellung erfolgt dann als Privatrechnung gemäß der aktuellen ärztlichen Gebührenordnung GOÄ.

Wir möchten Sie zudem darüber informieren, dass unter bestimmten Umständen auch in einem neuen Quartal **in Absprache mit Ihnen** von uns noch Leistungen für Ihr Kind, ihre/n Jugendliche/n oder Mündel erbracht werden, ohne dass es möglicherweise zu einem persönlichen Kontakt innerhalb unserer Praxis gekommen ist. Diese Leistungen beziehen sich erfahrungsgemäß häufig auf weitere Absprachen oder einen Austausch mit anderen Institutionen, Schulen, Kindergärten, etc..

Wir weisen Sie freundlich darauf hin, dass wir auch für diese indirekten Leistungen für die Patientin/den Patienten zwingend die **Versicherungskarte** benötigen, welche wir bei Erbringung oben genannter Leistungen von Ihnen ggfs. nochmals anfordern müssen.

Bitte beantworten Sie uns noch folgende Frage:

Befindet sich Ihr Kind derzeit in einer anderen **sozial-psychiatrischen Praxis, in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz oder in einem sozial-pädiatrischen Zentrum (SPZ)** zur Diagnostik oder Therapie?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, wo:

Die oben gestellte Frage ist von besonderem Interesse, da die gesetzlichen Krankenkassen bestimmte Behandlungen der Sozialpsychiatrie nicht überlappend bezahlen.

Einverständniserklärung:

Ich bin / Wir sind darüber informiert worden und damit einverstanden, dass die Praxis für Kinder-und Jugendpsychiatrie Kathrin Deckers bei nicht erfolgter Absage reservierter Behandlungstermine für meine Tochter / meinen Sohn mir/uns eine Ausfallpauschale von 50,00 € in Rechnung stellen. Ich bin weiterhin darüber informiert, dass diese Pauschale von meiner gesetzlichen/privaten Krankenversicherung nicht erstattet werden kann.

Zudem wurde(n) ich/wir schriftlich in Kenntnis gesetzt, dass bei Nicht-Vorlage der gesetzlichen Versichertenkarte oder Überweisung für das betreffende Quartal die Abrechnung über die Erstellung einer Privatrechnung nach GOÄ erfolgt.

Weiterhin wurde ich/wir darüber aufgeklärt, dass bei der Erbringung auch von indirekten Leistungen in einem neuen Quartal für die Patientin/den Patienten die Versichertenkarte vorgelegt werden muss.

Zudem willige ich ein, dass Terminzettel/ Terminmitteilungen per Mail versandt werden dürfen.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin nur mit Wirkung auf die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben/Vorgänge/Abmachungen bleiben dadurch rechtmäßig.

Falls Sie noch Fragen haben, so nehmen Sie gerne Kontakt zu uns auf.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen und Ihrem Kind!

Kathrin Deckers & Team

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

Zur Kenntnisnahme

Liebe Eltern, Pflegeeltern und Betreuer,

nachfolgend wichtige Informationen zum Sorgerecht und der Gesundheitsfürsorge.

Sorgerecht

Bei einem gemeinsamen Sorgerecht ist zu beachten, dass bei getrennt lebenden und geschiedenen Eltern von dem Elternteil, bei dem das Kind nicht lebt, eine Vollmacht + Kopie Ausweis vorzulegen ist. Dieser Nachweis muss vor Terminvergabe vorliegen.

Ein Elternteil, welches das alleinige Sorgerecht hat, hat dies auch vor Terminvergabe durch eine sogenannte Negativbescheinigung aus dem Sorgeregister nachzuweisen, welche durch das Jugendamt ausgestellt wird. Bei geschiedenen Eltern wird das Sorgerecht durch ein Gerichtsurteil nachgewiesen. Gibt es kein Gerichtsurteil, sind automatisch beide Elternteile sorgeberechtigt.

Bei Pflege- oder Heimkindern ist ein entsprechender Nachweis des Gerichtes oder des Jugendamtes vorzulegen, vor Terminvergabe.

Gesundheitsfürsorge

Die Gesundheitsfürsorge ist ein Teil des Sorgerechts und dieses Recht liegt normalerweise bei den leiblichen Eltern des Kindes.

Die Gesundheitsfürsorge kann den leiblichen Eltern entzogen werden und auf andere Personen übertragen werden. Dieser Entzug des Elternrechts erfolgt in Deutschland immer durch ein Familiengericht. Das Gerichtsurteil wird immer schriftlich niedergelegt. Wenn es kein solches Urteil gibt, sind die leiblichen Eltern weiterhin gesundheitssorgeberechtigt.

Die Eltern, die die Gesundheitsfürsorge inne haben, können auf freiwilliger Basis eine andere Person per Vollmacht beauftragen, gewisse Entscheidungen über die Gesundheit ihres Kindes zu treffen. Das ist sehr häufig bei Pflege- oder Heimkindern der Fall. In diesem Fall bleiben die leiblichen Eltern Inhaber der Gesundheitsfürsorge und erteilen eine Vollmacht. Meistens wird eine solche Bevollmächtigung auf folgende Bereiche beschränkt:

- regelmäßigen Untersuchungen
- Behandlung bei akuten Erkrankungen
- Routinebehandlungen wie z.B. Zahnarztbesuche und Impfungen

Diese Vollmacht deckt in der Regel eine Vorstellung in der Praxis nicht ab, daher muss der Inhaber der Gesundheitsfürsorge jemanden schriftlich bevollmächtigen, das Kind in der Praxis vorzustellen, damit die Diagnostik / Behandlung in der Praxis erfolgen kann. Der Nachweis muss vor Terminvergabe vorliegen.

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

für _____
Nachname des Kindes Vorname Geburtsdatum

Ich/ Wir entbinde (n) die unten eingetragenen Personen und Institute der KJP Praxis Trier gegenüber von ihrer Schweigepflicht. Die Schweigepflichtentbindung gilt wechselseitig. Sie kann jederzeit von mir/ uns widerrufen werden.

(Sie entbinden uns mit Ihrer Unterschrift nicht automatisch allen Ärzten etc. gegenüber von der Schweigepflicht, sondern nur denen, die Sie namentlich eintragen. Sie entscheiden, wen Sie eintragen möchten.)

Ich/ Wir willige(n) ein, dass die Übermittlung auch per Post/ Fax erfolgen kann.

	Name	Adresse	Fax/ Mail/ Telefon
Hausarzt/ Kinderarzt			
Krankenhaus			
Psychotherapeut			
Jugendamt			
Integrationshelfer			
Sonstige wie z.B Schule			

Ort, Datum

Mutter

Vater

sonstige sorgeberechtigte Person/
Patient(in) ab 14J.

AUFSICHTSPFLICHT

Für Ihr Kind sind testpsychologische Untersuchungen geplant/Ihr Kind nimmt sozialpsychiatrische Termine bei uns wahr:

Sie/Die Bezugsperson können gerne während der Untersuchung/Behandlung im Wartebereich auf Ihr Kind warten.

Planen Sie während des Termins die Praxis zu verlassen, teilen Sie dies bitte der Untersuchungsleiterin/dem Untersuchungsleiter vor Beginn des Termins mit.

Bitte seien Sie mindestens 15 Minuten vor Terminablauf wieder vor Ort und hinterlassen Sie unbedingt eine Handynummer unter der Sie während des Termins notfalls für uns erreichbar sind.

Dies gilt auch für die Untersuchung/Behandlung von Jugendlichen (jünger als 18 J.).

Bitte beachten Sie, dass eine Beaufsichtigung Ihres Kindes außerhalb der Untersuchung/Behandlungssituation unsererseits nicht erfolgen kann.

Zur Kenntnis genommen:

Name des Patienten: _____

Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind (jünger als 14 J.) ohne Bezugsperson zum Termin in die Praxis kommen darf.

Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

ELTERNFRAGEBOGEN

Persönliche Daten des Kindes / Jugendlichen

Name		Adresse	
Vorname		Schule	
Geburtsdatum	Religion	Klasse	
Krankenversicherung		Klassenlehrer-/in	

Mutter

Vater

Name, Vorname		Name, Vorname	
Geburtsdatum	Religion	Geburtsdatum	Religion
Straße, Hausnr. PLZ, Ort		Straße, Hausnr. PLZ, Ort	
Telefon / Handy		Telefon / Handy	
Email		Email	
Schulabschluss / Beruf		Schulabschluss / Beruf	
Leibliches Kind ☐		Leibliches Kind ☐	
Adoptivkind ☐		Adoptivkind ☐	
Pflegekind ☐		Pflegekind ☐	

Überweisender Arzt

Haus- oder Kinder- u. Jugendarzt

Name	Name
Straße, Hausnr. PLZ, Ort	Straße, Hausnr. PLZ, Ort
Telefon	Telefon

Ist eine Behörde (z.B. Jugendamt) eingeschaltet?

Sachbearbeiter

Bezeichnung	Name
Adresse	Telefon

Tagesgruppe / Heimadresse	Bezugsperson Heim / Tagesgruppe
Name	Name
Adresse	Telefon

Geschwister (und Halbgeschwister) des Patienten / der Patientin:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Schule / Beruf

Grund der Anmeldung

Welche Sorgen, Probleme, Beschwerden oder Erkrankungen bei Ihrem Sohn / Ihrer Tochter sind Anlass für Sie, sich an uns zu wenden:

☐

☐

Behandlungsziel:

☐

Welche weiteren Probleme und Auffälligkeiten bei Ihrem Sohn / Ihrer Tochter machen Ihnen Sorgen

☐ Niedergeschlagenheit	☐ Tics	☐ Einnässen
☐ Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit	☐ Gleichgültigkeit	☐ Einkoten
☐ Kontaktprobleme	☐ Ängstlichkeit	☐ Selbstverletzung
☐ Geht nicht unter Leute	☐ Schlafstörungen	☐ Selbstmordversuch
☐ Essprobleme	☐ Lern- und Arbeitsstörung	☐ Zerstören von Gegenständen
☐ Häufige Schmerzzustände	☐ Konzentrationsstörung	☐ Aufbrausen, Wutanfälle
☐ Sprachstörungen	☐ Stehlen	☐ Konflikte mit dem Gesetz
☐ Hörstörungen	☐ Weglaufen, Streunen	☐ Sexuelle Auffälligkeiten
☐ Bewegungsstörungen	☐ Lügen	☐ Unruhe, Ungeduld
☐ Häufige sonstige körperliche Beschwerden	☐ Missbrauch von Alkohol, Tabletten, Drogen	☐ Aggressives Verhalten gegenüber anderen

Bisher aufgesuchte Ärzte, Beratungsdienste und bisherige Untersuchungen / Behandlungen

Vorbehandlungen durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, -psychotherapeuten, ein Sozialpädiatrisches Zentrum oder einer Ambulanz

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann, wo und wie lange:

Ergotherapeutische, logopädische, krankengymnastische oder andere therapeutische Behandlung

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann, wo und weshalb:

Medikamente in Vorgeschichte wegen der oben genannten Schwierigkeiten:

Medikamente	Dosierung	Eingenommen von.... bis....

Medikamente, die zur Zeit eingenommen werden:

Medikamentenname	Dosierung

Schwangerschaft

Besonderheiten bitte ankreuzen und Schwangerschaftsmonat angeben (Hinweis : Informationen im Mutterpass und Vorsorgeheft)

Beschwerde	Monat
☐ Blutung	
☐ Fruchtwasseruntersuchung	
☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)	
☐ Vorzeitige Wehen	
☐ Infektionskrankheiten	
☐ Schwangerschaftserbrechen	
☐ Ödeme (Wassereinlagerungen)	
☐ Medikamenteneinnahme	
☐ Alkohol	
☐ Rauchen	
☐ Erhöhter Blutdruck	
☐ Seelische Belastung	
☐ Sonstiges	

Geburt und Säuglingsalter

Wievielte Schwangerschaft?		Frühere Fehlgeburten?	
Geburt nach wievielter Schwangerschaftswoche? (Normal: 40 SSW):			
Name der Entbindungsklinik:			
War einer der folgenden Eingriffe notwendig? ☐ Saugglocke ☐ Geburtszange ☐ Kaiserschnitt			
Gab es Komplikationen? z.B. ☐ Nabelschnurumschlingung ☐ grünes Fruchtwasser			
Sonstiges:			
Gewicht		Größe	
Kopfumfang		APGAR-Werte	
Bestanden irgendwelche Auffälligkeiten bei ihrem Sohn / Ihrer Tochter?		☐ Ja ☐ Nein	
Wenn ja, welche?			

Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, warum? In welche Klinik?		
Hatte Ihr Sohn / Ihre Tochter in den ersten Lebenswochen eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen? ☐ Blutgruppenunverträglichkeit ☐ Fieber ☐ Gelbsucht ☐ Sonstiges		
Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter gestillt? ☐ Ja ☐ Nein		
Wenn ja, wie lange?		

Schwierigkeiten im Säuglingsalter?	
☐ Schlafprobleme ☐ Körperkontakt abweisend	☐ Anhaltendes Schreien („Schrei-Baby“) ☐ Schwierig zu beruhigen
Andere Probleme	

Entwicklung im Kleinkindalter

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen?	
☐ Ja	☐ Nein

Alter des Kindes		Alter des Kindes	
Freies Laufen		Sauber tags	
Erste Worte		Sauber nachts	
Trocken tags		Fahrrad fahren	
Trocken nachts			

Motorischer Gesamteindruck ☐ Eher geschickt ☐ Eher ungeschickt		
Händigkeit ☐ Rechtshänder ☐ Linkshänder ☐ Beidhändig		
Sprachentwicklung Gab es Probleme beim Sprechenlernen (Verzögerter Spracherwerb, Wortschatz, Aussprache, Stottern etc?)		

Medizinische Vorgeschichte

Hatte Ihr Sohn / Ihre Tochter eine der folgenden Erkrankungen? Jahr / Monat	
☐ Schädelverletzung ☐ Gelbsucht ☐ Hirnhautentzündung	
Gab es Komplikationen bei Kinderkrankheiten oder gab es anderer schwere Erkrankungen in der Kindheit?	

Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle		
Warum	Wann	Name d. Klinik
Weitere ergänzende Angaben zu Klinikaufenthalten:		

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Sehstörungen?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche		
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Hörstörungen?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche		
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter eine Allergie?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche		
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Krampfanfälle?	☐ Ja	☐ Nein
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter chronische Erkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein

Kindergartenalter

War Ihr Kind im:	Von bis (Alter)	Wo
Kinderrippe		
Regelkindergarten		
Sonderkindergarten		
Kinderhort		

Ging Ihr Sohn / Ihre Tochter		
☐ ungern in den Kindergarten	☐ gern in den Kindergarten	
Welche der folgenden Verhaltensauffälligkeiten machten Ihnen während der Kindergartenzeit Ihres Kindes Sorgen?		
☐ Schlafstörungen	☐ Ungeschicklichkeit	☐ Trotz, Ungehorsam
☐ Ängstlichkeit	☐ Bewegungsstörungen	☐ Wutausbrüche
☐ Gehemmtheit, Schüchternheit	☐ Zappeligkeit	☐ Kontaktstörungen
☐ Einordnungsschwierigkeiten	☐ Unkonzentriertheit	☐ Sexuell auffälliges Verhalten
☐ auffälliges Spielverhalten	☐ Bauchschmerzen	☐ Tics
☐ Essensschwierigkeiten	☐ Kopfschmerzen	
Ergaben sich sonstige Schwierigkeiten im Kindergarten?		

Schulzeit

Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter von der Schule zurückgestellt? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, aus welchem Grund

Welche Schulen besuchte Ihr Sohn / Ihre Tochter bisher?

Schule	von	bis

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter eine Klasse wiederholt? ☐ Ja, die Klasse ☐ Nein

Welche Stärken hat Ihr Sohn / Ihre Tochter in der Schule?

Welche Schwierigkeiten oder Schwächen zeigten sich in der Schule?

Mussten Sie sich um die schulischen Angelegenheiten Ihres Sohnes / Ihrer Tochter kümmern (z.B. Hausaufgabenkontrolle)

☐ Häufig ☐ Selten ☐ Nie

Haben Sie Kontakt mit der Schule

☐ Häufig ☐ Selten ☐ Nie

Welche schulischen Schwierigkeiten wurden von den Lehrern berichtet?

Macht Ihr Sohn / Ihre Tochter die Hausaufgaben regelmäßig?

☐ Ja ☐ widerwillig ☐ Nein

Wie arbeitet Ihr Sohn / Ihre Tochter bei den Hausaufgaben?

☐ Zerstreut	☐ Mit häufigen Pausen	☐ Gibt leicht auf
☐ Verspielt	☐ Ausdauernd	☐ Lustlos
☐ Braucht Hilfe	☐ unordentlich	☐ Muss sich häufig bewegen
☐ Verträumt	☐ Abgelenkt	☐ Selbstständig
☐ Konzentriert	☐ Gewissenhaft	☐ Langsam
☐ Oberflächlich	☐ Braucht Druck von außen	☐ unregelmäßige Hausaufgaben

Wie verhält sich Ihr Sohn / Ihre Tochter vor Klassenarbeiten?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ zuversichtlich | ☐ Hat keinen Appetit | ☐ Ist sehr aufgeregt |
| ☐ Ruhig, gelassen | ☐ Erbrechen, Übelkeit | ☐ Verschweigt Klassenarbeiten |
| ☐ Hat Angst | ☐ Schlafstörungen | ☐ Geht nicht in die Schule |

Wenn Ihre Tochter / Ihr Sohn sich in einer beruflichen Ausbildung befindet:

Welche Berufsausbildung(en) hat Ihr Sohn / Ihre Tochter bisher begonnen oder abgeschlossen?

Wie kam Ihr Sohn / Ihre Tochter an der Arbeitsstelle zurecht?

Interessen und Fertigkeiten

Was finden Sie an Ihrem Sohn / Ihrer Tochter besonders gut? Womit sind Sie besonders zufrieden?

Was macht Ihr Sohn / Ihre Tochter in der Freizeit (Hobby, sportliche Aktivitäten etc.)

Medienkonsum pro Tag (TV, Konsole)

Besondere Abneigungen? (Spiele, Tätigkeiten)

Kann Ihr Sohn / Ihre Tochter die Freizeit sinnvoll gestalten

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Er / Sie verbringt die Freizeit

- | | |
|---|--|
| ☐ Lieber alleine | ☐ Lieber mit Gleichaltrigen |
| ☐ Lieber mit Erwachsenen | ☐ Lieber mit Jüngeren |

Er / Sie hat

- | | |
|--|---|
| ☐ Viele Freunde / Freundinnen | ☐ Wenige Freunde / Freundinnen |
| ☐ Keine Freunde / Freundinnen | ☐ Wenige aber sehr enge Freundschaften |

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen? Welche?

Familiensituation

Trennung von den Eltern:

War Ihr Kind von den Eltern z.B: wegen Krankenhaus- oder Heimaufenthalt über längere Zeit getrennt?

☐ Ja. ☐ Nein

Wenn ja, aus welchem Grund und wie lange?

Was trifft für Ihre Familie zu?

☐ Eltern leben seit der Geburt des Kindes zusammen

☐ Eltern leben getrennt seit

☐ Eltern sind geschieden seit

☐ Neue Partnerschaft des Vaters seit

☐ Mutter / Vater alleinerziehend seit

☐ Neue Partnerschaft der Mutter seit

Von wem wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter bisher vorwiegend erzogen?

☐ Von beiden Elternteilen

☐ Von der Mutter

☐ Von den Großeltern

☐ Vom Vater

☐ Sonstige: von wem?

Das Sorgerecht für Ihren Sohn / Ihre Tochter wird ausgeübt von?

☐ Vater

☐ Beide Elternteile

☐ Mutter

☐ Sonstige, von wem?

Gibt es schwerwiegende körperliche oder seelische Krankheiten oder Störungen bei Vater, Mutter, Geschwistern oder Großeltern z.B. chronische Krankheiten, Depressionen, Alkoholabhängigkeit, Selbstmordversuche)?

☐ Ja. ☐ Nein

Wenn ja, welche, bei wem?

Wohnsituation

Wohnen Sie seit der Geburt Ihres Kindes in der gleichen Wohnung?

☐ Ja. ☐ Nein

Wenn nein, wo haben Sie sonst noch gewohnt?

Ort

Von

Bis

Teilt Ihr Kind sein Zimmer mit jemandem?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, mit wem?

Gibt es besondere Spannungen oder Probleme zwischen den Geschwistern

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es noch weitere wichtige Dinge, die wir über Ihren Sohn / Ihre Tochter wissen sollten?

Ausgefüllt von

Datum

Wir danken Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens!

Ihr Praxisteam

FRAGEBOGEN FÜR LEHRER

Name des Kindes	Datum	Ausgefüllt von	
Wie lange kennen Sie diese/n SchülerIn schon?	Seit:		
Wie gut kennen Sie diese/n SchülerIn?	☐ Nicht gut	☐ ziemlich gut	☐ sehr gut
Wie viele Unterrichtsstunden hat diese/r SchülerIn bei Ihnen in der Woche?		_____ Stunden	

Bitte alle Antworten ankreuzen

0 = nicht zutreffend	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
-----------------------------	---	---

1. ARBEITSVERHALTEN

altersgerechtes Lerntempo	0	1	2
befolgt Arbeitsanweisungen	0	1	2
Kritikfähigkeit	0	1	2
hält Regeln ein	0	1	2
tagträumt	0	1	2
ablenkbar	0	1	2
Lernschwierigkeiten: Welche Fächer?:	0	1	2

gute Aufmerksamkeitsspanne	0	1	2
wirkt unkonzentriert	0	1	2
abwesend	0	1	2
stört andere	0	1	2
unvollendete Aufgaben	0	1	2
körperliche Schwierigkeiten:	0	1	2
Beschreibung (z. B. Bauchweh, Kopfweh:)			

2. SOZIALVERHALTEN

Gegenüber Lehrern

kooperativ	0	1	2
freundlich	0	1	2
lenkbar	0	1	2
hilfsbereit	0	1	2
respektlos	0	1	2
frech/unverschämt	0	1	2
Sonstiges:			

Gegenüber Mitschülern

kooperativ	0	1	2
beliebt	0	1	2
hilfsbereit	0	1	2
streitet fair	0	1	2
Wird nicht akzeptiert	0	1	2
Wird gemobbt	0	1	2
Sonstiges:			

3. EMOTIONALES VERHALTEN

gezeigte Emotionen

fröhlich /ausgeglichen	0	1	2
ängstlich	0	1	2
schüchtern	0	1	2
traurig	0	1	2
wütend	0	1	2
aggressiv	0	1	2
überfordert	0	1	2
Sonstiges:			

4. Worüber machen Sie sich bei diesem/r SchülerIn die größten Sorgen?

5. Was benötigt der /die SchülerIn Ihrer Meinung nach am dringendsten? :

(z. B. – Nachhilfe in welchen Fächern – lerntherapeutische Maßnahmen – therapeutische Begleitung – soziales Kompetenztraining)

6. Gegenwärtige Schulleistungen. Bitte schätzen Sie den aktuellen Leistungsstand des / der Schülers / Schülerin in den einzelnen Schulfächern ein.

Schulfächer	Stark unter- durchschnittlich	etwas unter- durchschnittlich	durchschnittlich	etwas über- durchschnittlich	Stark über- durchschnittlich
☐ hier die Schulfächer eintragen ☐					
1.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	☐	☐	☐	☐	☐

7. Im Vergleich zu anderen SchülerInnen des gleichen Alters

	Sehr viel weniger	deutlich weniger	etwas weniger	etwa gleich viel	etwas mehr	deutlich mehr	sehr viel mehr
1. Wie viel arbeitet er / sie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Wie angemessen verhält er / sie sich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Wie viel lernt er / sie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Wie glücklich oder zufrieden ist er / sie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Honorarausfallvereinbarung Privatpatient/In

Die/Der Patient/in bzw. die/der Sorgeberechtigte

Name, Vorname Geburtsdatum

und Kathrin Deckers, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
Matthiasstrasse 20, 54290 Trier, vereinbaren folgendes:

Die Praxis von Frau Kathrin Deckers arbeitet nach dem Bestellsystem, d. h. Frau Deckers und ihr Team reservieren im Behandlungszeitraum die folgenden Diagnostik-, Besprechungs- und Behandlungsstunden. Diese finden zu fest vereinbarten Zeiten statt. Ein ausgefallener und nicht rechtzeitig abgesagter Termin wird von Frau Deckers und ihrem Team als Honorarausfall in Rechnung gestellt.

Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie, uns dies so früh wie möglich mitzuteilen. Bei Absagen später als 48 Stunden vor dem Termin berechnen wir die Sitzung - es sei denn das Nichterscheinen ist unverschuldet -, da wir diesen Termin in der Regel so kurzfristig nicht neu besetzen können.

Als Ausfallhonorar sind 50 Euro zu entrichten.

Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer/In/ Sorgeberechtigte

Wichtige Information zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit. Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von uns zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z. B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS Mosel-Saar GmbH zu beauftragen, eine berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit über 80 jähriger Erfahrung in der Honorarabrechnung. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, uns von Verwaltungsaufgaben zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Wir möchten Sie daher bitten, sich die Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen bei der Honorarabrechnung – insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten – zu geben. Ihre Einwilligung ist freiwillig, Ihre Behandlung von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Die PVS Mosel-Saar unterliegt als Berufsgeheimnisträger gemäß §203 StGB den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes, so wie wir selbst auch. Wenn sich Fragen zu einer Rechnung ergeben, hilft Ihnen die PVS Mosel-Saar gerne weiter, beantwortet Ihre Fragen zu Abrechnungsziffern, erstellt Zweitschriften und unterstützt Sie bei der Argumentation, wenn es zu Beanstandungen seitens Ihres Kostenträgers bzw. Ihrer Versicherung kommt. In allen Fragen zur Abrechnung **erreichen Sie die PVS Mosel-Saar unter den Adressen:**

- Metternichstraße 29a, 54292 Trier oder Telefonisch unter 0651 97802 - 0
- Boxbergweg 3a, 66538 Neunkirchen oder Telefonisch unter 06821 9191 – 3
per Internet unter www.pvs-mosel-saar.de/patienten-service/

Die von der PVS Mosel-Saar verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS Mosel-Saar (z. B. per E-Mail an datenschutz@pvs-mosel-saar.de). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS Mosel-Saar finden Sie unter www.pvs-mosel-saar.de/datenschutz/datenschutz-fuer-patienten/

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde in Rheinland-Pfalz lauten:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz

Hintere Bleiche 34

55116 Mainz

E-Mail: poststelle@datenschutz.rlp.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Kathrin Deckers

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie | KJP Praxis Trier

Matthiasstraße 20 · 54290 Trier
Tel.: 0651 / 99 16 29 54 | BSNR 503803000

Stempel

Behandlungsvertrag für Privatpatienten oder Selbstzahler

Unter Behandlungsvertrag wird allgemein eine schriftliche Vereinbarung zwischen Arzt und Patient/-in verstanden. Dies bedeutet für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und den Sorgeberechtigten erfolgt (da es sich bei den Patienten in aller Regel um Minderjährige handelt). Bei dem Behandlungsvertrag handelt es sich um einen Dienstvertrag, bei dem eine Diagnostik oder Behandlung, nicht aber ein Behandlungserfolg zugesichert wird. Der Arzt erbringt eine Dienstleistung (z. B. Untersuchung oder Behandlung) nach den Regeln der ärztlichen Wissenschaft (ärztlicher Standard).

Zwischen der/dem/den Sorgeberechtigten Frau/Herr.....
wohnhaft.....
(nachfolgend Sorgeberechtigte) und

der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie Kathrin Deckers, Matthiasstraße 20, 54290 Trier(nachfolgend Arzt)

wird hiermit für die Patientin/den Patienten....., folgender Behandlungsvertrag geschlossen.

Die Sorgeberechtigten bestätigen mit ihrer Unterschrift die Anerkennung der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ). Für das Honorar gilt die Gebührenverordnung für Ärzte, in der jeweils gültigen Fassung. Die Sorgeberechtigten sind Honorarschuldner des Arztes/der Ärztin, durch ihren Versicherungsvertrag haben sie aber gegen ihre Versicherung einen tarifgemäßen Erstattungsanspruch. Es besteht jedoch keinesfalls ein Anspruch, die Vergütung des Arztes von der Erstattung durch die Versicherung abhängig zu machen. Die Sorgeberechtigten willigen mit ihrer Unterschrift ein, dass im Rahmen der sozialpsychiatrischen Praxisorganisation die zur Anrechnung kommenden Leistungen teilweise durch den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie persönlich, aber auch durch die sozialpsychiatrischen Mitarbeiter (approbierte Psychotherapeuten/innen, Dipl.-Psychologen/innen, Dipl.-Sozialpädagogen/innen, Dipl.-Heilpädagogen/innen, Sozialarbeiter/innen, Dipl.-Sozialpädagogen/innen, Familienmedizinischen Fachkräften und weitere vergleichbar qualifizierte Fachkräfte) erbracht werden.

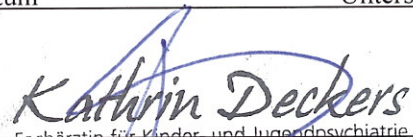
Welche Gebührenpositionen bei dem Krankheitsbild der/des Patienten/in zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht mit Bestimmtheit vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen im Fortgang des Diagnostik- oder Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistungen besitzen und welchen Zeitaufwand sie erfordern.

Bitte klären Sie mit Ihrer Privatkrankenkasse/Beihilfestelle ab, ob anteilige Kosten von Ihnen selbst zu tragen sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin / dem Arzt jederzeit, aber nur mit Wirkung auf die Zukunft formlos widerrufen kann. Bis dahin durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Vorgänge bleiben dadurch rechtmäßig.

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r


Kathrin Deckers
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Kathrin Deckers Psychotherapie | KJP Praxis Trier
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie
Tel.: 0651 / 99 16 29 54 | BSNR 503803000

Patient

ggf. gesetzliche/-r Vertreter/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:

☐ Vater

☐ Mutter

☐ Betreuer

☐ oder

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

meine Rechnungen bearbeitet die PVS Mosel-Saar. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsaufgaben



bleibt mehr Ruhe und Zeit für die Patienten. Die PVS Mosel-Saar ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet worden ist und durch diese geleitet wird. Auch die Mitarbeiter/-innen der PVS unterliegen, wie jeder Arzt oder Zahnarzt, den Bestimmungen zur Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den Bestimmungen zum Datenschutz. Meine Honorarforderung trete ich an die PVS Mosel-Saar ab (§ 398 BGB). Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Mosel-Saar Prozesspartei.

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Weitergabe der zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife, Diagnosen und Verläufe sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen – auch durch weitere Leis-

tungserbringer – zu erklären sowie der Abtretung der Honorarforderung an die PVS Mosel-Saar zuzustimmen. Die PVS ist Ihre kompetente Partnerin für alle Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung meiner erbrachten Leistungen. Sie unterliegt meinen internen Weisungen.

Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen. Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich zu widerrufen.

Mit freundlichen Grüßen



Stempel

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (oder seiner gesetzlichen Vertreter bei unter 18-Jährigen* oder Geschäftsunfähigen)

***Besonderes Einverständnis zur Datenweitergabe bei minderjährigen Patienten:**

Der allein unterzeichnende Elternteil sichert ausdrücklich zu, dass die entsprechende Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten vorliegt.