



Praxis Alipoé-Schnetzer, Brabeckstr. 167B, 30539 Hannover

Herzlich Willkommen

Sehr geehrte/r

liebe/r

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Erziehungsberechtigte, liebe Patientinnen und Patienten!

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen, uns mit der Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes betrauen zu wollen. Wir hoffen, Ihnen bei der Lösung Ihrer Fragen helfen zu können.

Um Ihnen und Ihrem Kind helfen zu können, benötigen wir noch einige Informationen von Ihnen, die der Planung der Untersuchung Ihres Kindes dienen.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

SPEICHERUNG IHRER DATEN: Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Bitte beachten Sie auch unsere Terminabsagenregelung und senden diese mit den übrigen Angaben innerhalb einer Woche unterschrieben an uns zurück, da wir sonst den Termin anderweitig vergeben!

Ersttermin

Der Ersttermin für ist am

Zum Ersttermin bringen Sie dann bitte das gelbe Untersuchungsheft, die Zeugniskopien der letzten beiden Schuljahre, sowie, falls vorhanden, kopierte Vorbefunde mit.

Hinweis für Alleinerziehende: für die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes, in unserer Praxis, benötigen wir vorab, bei gemeinsamem Sorgerecht, die Einverständniserklärung des anderen Elternteils.

Vielen Dank!
Ihr Praxisteam Dr. med. Lena Alipoé-Schnetzer

Personalien

1. **KIND:** männlich weiblich

Name _____ Vorname _____ Geb.: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Wohnort _____

Tel.: _____ Staatsangehörigkeit _____

Krankenkasse: _____ versichert bei: Vater Mutter selbst

Schule/KiTa (Name/Anschrift) _____

Klasse/Gruppe: _____ Lehrer/in/ Betreuer/in _____

Zuweisender Arzt/Stelle (Name/Anschrift) _____

Bericht an zuweisenden Arzt: ja nein

2. **MUTTER** (leibliche Stiefmutter Adoptivmutter Pflegemutter)

Sorgeberechtigt: ja nein (bei gemeinsamen Sorgerecht bitte schriftliche Einverständnis des getrennt/geschiedenen Partners vorlegen!)

Name _____ Vorname _____

Geb.: _____ Beruf _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Wohnort _____

E-Mail-Adresse: _____

3. **VATER** (leiblicher Stiefvater Adoptivvater Pflegevater)

Sorgeberechtigt: ja nein (bei gemeinsamen Sorgerecht bitte schriftliche Einverständnis des getrennt/geschiedenen Partners vorlegen!)

Name _____ Vorname _____

Geb.: _____ Beruf _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Wohnort _____

E-Mail-Adresse: _____

4. GESCHWISTER

1	Name / Vorname	Geb.	Schule/Beschäftigung	Wohnt bei
2				
3				
4				

5. WEITERE WESENTLICHE BEZUGSPERSONEN DES KINDES _____

Wer ist Ansprechpartner/in für die Vorstellung des Kindes? (Name und Telefonnr. unter der wir Sie erreichen können) _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift

Fragebogen

Unterlagen ausgefüllt von _____

Wegen welcher Probleme suchen Sie vor allem Hilfe? _____

Seit wann bestehen diese Probleme? _____

Waren Sie wegen dieser Probleme schon in Vorbehandlung, wenn ja: Wann? Wo? _____

Sind Sie parallel zu der Untersuchung in unserer Praxis in weiterer sozialpädiatrischer/sozial-psychiatrischer Behandlung? Ja Nein Wenn ja, in welcher Einrichtung? _____

Im Folgenden sind eine Reihe von Verhaltensweisen und Gewohnheiten aufgeführt, die man bei vielen Kindern beobachten kann. Bitte kreuzen Sie die Antworten so an, wie Ihr Kind jetzt ist. Vielen Dank!

Das Kind	stimmt nicht	stimmt etwas	stimmt sicher
1. klagt über Kopfschmerzen	0	0	0
2. klagt über Bauchschmerzen	0	0	0
3. klagt über Brechreiz	0	0	0
4. nässt ein Tag <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/>	0	0	0
5. kotet ein/verliert die Darmkontrolle	0	0	0
6. hat Wutanfälle	0	0	0
7. ist schlecht in der Schule	0	0	0
8. hat Angst vor der Schule	0	0	0
9. schwänzt die Schule	0	0	0
10. stammelt oder stottert	0	0	0
11. lispelt	0	0	0
12. kann einige Worte nicht genau aussprechen	0	0	0
13. stiehlt kleine Gegenstände (Süßes, Spielzeug)	0	0	0
14. stiehlt größere Gegenstände	0	0	0
15. mäkelte über das Essen	0	0	0
16. isst zu wenig	0	0	0
17. isst zu viel	0	0	0
18. schläft schlecht ein	0	0	0
19. wacht in der Nacht auf	0	0	0
20. hat Alpträume	0	0	0
21. ist unruhig und zappelig	0	0	0
22. zerstört eigene oder fremde Sachen	0	0	0
23. streitet sich mit anderen Kindern	0	0	0
24. ist bei anderen Kindern nicht sehr beliebt	0	0	0
25. sorgt sich wegen vieler Dinge	0	0	0
26. beschäftigt sich lieber allein	0	0	0
27. verliert schnell die Geduld	0	0	0
28. ist verstimmt, unglücklich und traurig	0	0	0
29. lutscht am Daumen oder Finger	0	0	0
30. kaut Nägel	0	0	0
31. ist ungehorsam oder oppositionell	0	0	0
32. hat keine Ausdauer bei einer Sache	0	0	0
33. ist ängstlich und vorsichtig	0	0	0
34. ist übergenau und penibel	0	0	0
35. lügt	0	0	0
35. ärgert und schikaniert andere Kinder	0	0	0

Absender:

An die
Praxis
Dr. med. Lena Alipoé-Schnetzer
Alter Kornspeicher
Brabeckstr. 167 B
30539 Hannover

Der Ersttermin für ist am

Terminabsagenregelung

Bitte durchlesen, unterschreiben und umgehend zurücksenden!

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Erziehungsberechtigte, liebe Patientinnen und Patienten!

Um Ihnen und anderen Patienten unnötige Wartezeiten zu ersparen, planen wir Ihre Termine. Damit die Untersuchung/Behandlung ohne Verzögerung beginnen kann, bitten wir deshalb um pünktliches Erscheinen zum Termin.

Falls Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um **frühzeitige** Absage 48 Stunden (2 Tage) vor dem Termin. Dies ermöglicht unseren Mitarbeiter/innen, anderen Patienten frühere Termine anzubieten.

Nicht wahrgenommene Termine stellen wir Ihnen **gem. §§ 304, 638 BGB** mit einem Aufwandsatz von **EUR 40,00** in Rechnung, da die entstandenen Kosten nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen werden, für uns aber weiterhin bestehen.

Wir möchten darauf hinweisen, dass dieser Kostenerstattungsanspruch unabhängig von der Ursache der Versäumung des Termins anfällt.

Hannover,

Unterschrift