



Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. med. Justina Hönes-Becker

Dr. med. Justina Hönes-Becker
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Nymphenburger Straße 156
D-80634 München
T: +49 89 189512 10
F: +49 89 189512 13
sekretariat@praxis-hoenes-becker.de
www.praxis-hoenes-becker.de

Datum: _____

Patientenanmeldeformular für selbstzahlende Erwachsene

Vorname: _____ Nachname: _____ Geb.Dat.: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Email: _____

Vorstellungsgrund: _____

RechnungsempfängerIn: _____

Die Rechnungsstellung für das Erstgespräch erfolgt vorab und ist bis zum vereinbarten Termin per Überweisung oder in der Praxis per EC-Karte vollständig zu begleichen. Für empfohlene Folgetermine erhalten Sie einen Kostenvoranschlag.

Wir sind eine reine Bestellpraxis. Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, sind rechtzeitig (mindestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Zeitpunkt, für Montage spätestens Freitag 13:00 Uhr) per E-Mail oder Telefon abzusagen. Kurzfristiger abgesagte Termine können wir leider nicht anderweitig vergeben. Sollte kein ärztliches Attest vorliegen, müssen wir Ihnen hierfür ein Ausfallhonorar in Höhe von 70,- Euro je 30 Minuten berechnen.

Bitte beachten Sie außerdem, dass die Kosten für fachärztliche Stellungnahmen, Atteste oder Gutachten zusätzlich zu den Untersuchungskosten anfallen. Die Krankenversicherungen übernehmen diese Leistungen in der Regel nicht.

Kosten für Ärztliche Stellungnahmen nach Diagnostik: GOÄ Ziffern 85 und 95 je Seitenzahl ca. 80 €. Die Berechnung hierfür erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin (falls vorhanden) ärztlich-psychologische Vorbefunde in Kopie mit.

Unterschrift PatientIn: _____



Anamnesebogen für Erwachsene

Bitte füllen Sie den Bogen möglichst vollständig aus. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und dienen zur Vorbereitung des ärztlichen Gesprächs.

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf / aktuelle Tätigkeit: _____

Hausärztin / Hausarzt: _____

Überweisende Praxis / Einrichtung: _____

2. Aktueller Anlass

Was führt Sie heute zu uns? _____

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Welche Beschwerden belasten Sie derzeit besonders?

- ☐ Niedergeschlagenheit
- ☐ Interessen- oder Freudverlust
- ☐ Ängste / Panik
- ☐ Innere Unruhe / Anspannung
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Konzentrationsprobleme
- ☐ Antriebsmangel / Erschöpfung
- ☐ Stimmungsschwankungen
- ☐ Reizbarkeit / Aggressivität
- ☐ Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen
- ☐ Sonstiges: _____

Wie stark sind Sie insgesamt beeinträchtigt?

☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Stark ☐ Sehr stark

3. Frühere psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung

Gab es früher psychische Erkrankungen oder ähnliche Beschwerden?

☐ Nein ☐ Ja, welche und wann? _____

Bisherige Behandlungen:

- ☐ Keine
☐ Ambulante Psychotherapie
☐ Ambulante psychiatrische Behandlung
☐ Tagesklinik
☐ Stationäre Behandlung
☐ Rehabilitation

Wann, wo und aus welchem Grund? _____

Welche Behandlungen oder Medikamente haben bisher geholfen – und welche nicht?

4. Medikamente und körperliche Gesundheit

Aktuell eingenommene Medikamente einschließlich Bedarfsmedikation:

Medikament	Dosierung	Einnahmezeit	Grund

Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten:

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Wichtige körperliche Erkrankungen, Operationen oder neurologische Erkrankungen:

Besteht eine Schwangerschaft oder Stillzeit?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Nicht zutreffend

5. Alkohol, Nikotin und andere Substanzen

Nikotin:

☐ Nein ☐ Ja, Menge pro Tag: _____

Alkohol:

☐ Nie / selten ☐ Regelmäßig ☐ Täglich, Menge ungefähr: _____

Cannabis oder andere Drogen:

☐ Nein ☐ Ja, welche und wie häufig? _____

Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel außerhalb der ärztlichen Empfehlung:

☐ Nein ☐ Ja, welche und wie häufig? _____

6. Lebenssituation und Belastungen

Familienstand / Partnerschaft: _____

Mit wem leben Sie zusammen? _____

Kinder: _____

Aktuelle berufliche Situation:

☐ Berufstätig ☐ Ausbildung / Studium ☐ Arbeitsunfähig
☐ Arbeitslos ☐ Berentet ☐ Sonstiges: _____

Aktuelle Krankschreibung:

☐ Nein ☐ Ja, seit: _____

Besondere aktuelle Belastungen:

☐ Partnerschaft / Familie
☐ Arbeit / Ausbildung
☐ Finanzen / Schulden
☐ Wohnen
☐ Pflege / Betreuung Angehöriger
☐ Trauer / Verlust
☐ Gewalterfahrung / belastendes Ereignis
☐ Rechtliche Probleme
☐ Sonstiges: _____

Wer oder was unterstützt Sie derzeit? _____

7. Familienanamnese**Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen oder Suizide?**

☐ Nein ☐ Ja ☐ Nicht bekannt

Falls ja, welche und bei wem? _____

8. Ergänzende Angaben

Gibt es etwas Wichtiges, das bisher nicht gefragt wurde? _____

Datum: _____ **Unterschrift PatientIn:** _____

Nur vom Praxisteam auszufüllen

Dringlichkeit / akuter Handlungsbedarf:

☐ Nein ☐ Ja

Ergänzende Angaben / erste Einschätzung:

Weiteres Vorgehen:

Datum / Kürzel:



Einwilligungserklärung zur Behandlung Erwachsener

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel: _____

E-Mail: _____

Bitte die zutreffenden Kästchen ☐ ankreuzen!

1. Einwilligung zur Kommunikation mit der Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation mit der Praxis ggf. auch per **E-Mail** stattfindet:

☐ JA, ich bin einverstanden ☐ NEIN, ich bin nicht einverstanden

Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation bei Bedarf und vorheriger Absprache per **Video** stattfindet:

☐ JA, ich bin einverstanden ☐ NEIN, ich bin nicht einverstanden

2. Einwilligung zum Rezeptversand

Ich willige ein, dass angeforderte Rezepte (ggf. auch BTM-Rezepte) per Post an meine angegebene Anschrift verschickt werden:

☐ JA, ich bin einverstanden ☐ NEIN, ich bin nicht einverstanden

Ich willige ein, dass angeforderte Rezepte bei Bedarf und nach vorheriger Absprache an die von mir angegebene Apotheke per Post oder per Fax übermittelt werden darf:

☐ JA, ich bin einverstanden ☐ NEIN, ich bin nicht einverstanden

NUR für Privatversicherte:

3. Einwilligung zur Abrechnung über unsere Abrechnungsfirma:

Die Rechnungsstellung für **Privatversicherte** haben wir an eine Ärztliche Abrechnungsgesellschaft (Medas) delegiert. Befreiung von der Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligung:

- ☐ JA Ich befreie hiermit meine/n ärztliche/n bzw. therapeutischen Behandler/in für diese und künftige Behandlungen von dessen/deren beruflicher Verschwiegenheitsverpflichtung und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen Daten (Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) an Medas factoring GmbH, Messerschmittstraße 4, 80992 München, Tel.: 089-143100 (im Folgenden „Medas“ genannt), einverstanden.

Mir ist bewusst, dass es sich bei den Diagnosen und Behandlungsdaten um besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DGSVO handelt. Medas ist Auftragsverarbeiter nach Art. 28 DGSVO. Der/die Behandelnde ist datenschutzrechtlich Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf von bestehenden Aufbewahrungsfristen.

Ich erkläre mein Einverständnis zur Abtretung der Vergütungsansprüche aus der Tätigkeit meiner BehandlerInnen an Medas für eine Rechnungsstellung durch Medas.

Diese Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Hierzu können Sie sich an die obige Anschrift von Medas wenden.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift PatientIn _____



Datum: _____

Lehrerfragebogen

Vor- und Nachname des Schülers: _____

Geburtsdatum des Schülers: _____ Klassenstufe: _____

Name des Lehrers: _____

Die o.g. Schülerin/der o.g. Schüler wird gegenwärtig in unserer Praxis untersucht. Zur Verifizierung der Befunde und der Diagnose sowie zur Kontrolle der Behandlungsmaßnahmen sind Angaben der zuständigen Lehrer über die Schwierigkeiten der Schülerin/des Schülers von großer Bedeutung. Wir möchten Sie deshalb bitten, den Fragebogen Ihrem Eindruck entsprechend auszufüllen. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur adäquaten ärztlichen bzw. therapeutischen Versorgung unserer Patientin/unsers Patienten. Für weiterführende Informationen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

I. Allgemeine Aufmerksamkeit/Konzentration

Die Schülerin/der Schüler	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft deutlich zu	trifft stark zu
1. konzentriert sich schlecht, macht dadurch Flüchtigkeitsfehler				
2. lässt sich leicht ablenken				
3. führt Arbeiten nicht zu Ende				
4. meidet Anforderungen, die Ausdauer verlangen				
5. scheint oft nicht zuzuhören				
6. kann Erklärungen häufig nicht folgen				
7. hat Probleme, Aufgaben zu strukturieren (Zeitnot)				
8. verliert häufig wichtige Gegenstände				
9. wirkt verträumt				

II. Aktivität

Die Schülerin/der Schüler	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft deutlich zu	trifft stark zu
1. ist unruhig, zappelt, springt vom Stuhl auf oder fällt damit um				
2. klettert und läuft in unpassenden Situationen herum				
3. ist häufig unnötig laut				
4. kann nur schwer leise Aktivitäten ausführen				
5. kaut an Fingernägeln, Stiften, etc.				
6. beschmiert und bemalt Hefte, Bücher etc.				

III. Lern- und Leistungsbereich

Die Schülerin/der Schüler	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft deutlich zu	trifft stark zu
1. zeigt Schwierigkeiten beim Lesen				
beim Schreiben (Rechtschreibung)				
beim Rechnen				
bei den Hausaufgaben				
2. hat ein schlechtes Schriftbild				
3. hat ein langsames Arbeitstempo				
4. kann sich nicht klar ausdrücken				
5. hat eine schlechte Arbeitshaltung				
6. weigert sich zu lernen				
7. benötigt sehr viel Zuwendung von Eltern und Lehrern				
8. erbringt Leistungen unter ihrem/seinem Intelligenzniveau				

IV. Fein-/ Grobmotorische Koordination und Wahrnehmung

Die Schülerin/der Schüler	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft deutlich zu	trifft stark zu
1. agiert ungeschickt, lässt häufig Gegenstände fallen				
2. bewegt sich ungeschickt, tollpatschig				
3. wirkt verspannt				
4. hält beim Schreiben oder Malen den Stift verkrampft				

V. Emotionale Befindlichkeit in der Schule (in den letzten 2-4 Wochen)

Die Schülerin/der Schüler	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft deutlich zu	trifft stark zu
1. zeigt eine verminderte Konzentrationsfähigkeit				
2. hat ihre/seine Interessen verloren				
3. wirkt antriebslos, müde				
4. hat nur wenig Selbstvertrauen				
5. zeigt extreme Gewichtsveränderungen				
6. wirkt bedrückt				
7. äußert negative Zukunftsperspektiven				
8. ist sehr unentschlossen				
9. ist ängstlich/nervös				
10. hat Stimmungsschwankungen				
11. äußert die Sorge, dass den Eltern etwas zustoßen könnte				
12. kann sich morgens nur schwer von Bezugsperson trennen				
13. fühlt sich in der Schule unwohl, möchte lieber nach Hause				
14. ist ängstlich gegenüber fremden Personen				
15. hat morgens oft Kopf-, Bauchschmerzen				

VI. Impulsivität

Die Schülerin/der Schüler	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft deutlich zu	trifft stark zu
1. zeigt unberechenbares Verhalten				
2. gefährdet sich durch unüberlegte Handlungen				
3. antwortet, ehe die Frage zu Ende gestellt ist				
4. missachtet Vorschriften/Klassenregeln				
5. redet häufig dazwischen und unangemessen viel				
6. kann in der Gruppe nicht warten, bis sie/er wieder dran ist				
7. wehrt sich bei Problemen sofort physisch				
8. rastet leicht aus				

VII. Eigen- und Fremdwahrnehmung

Die Schülerin/der Schüler	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft deutlich zu	trifft stark zu
1. verleugnet Schwierigkeiten, die sie/er hat				
2. beurteilt das eigene Verhalten und die Leistung unrealistisch				
3. vernachlässigt sich				
4. ist wenig mitfühlend				

VIII. Sozialverhalten der letzten 6 Monate

Die Schülerin/der Schüler	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft deutlich zu	trifft stark zu
1. hat unangemessen starke Wutausbrüche				
2. wechselt ständig die Freunde				
3. hat nur wenige oder keine gleichaltrigen Freunde				
4. ist Außenseiter				
5. ist Klassenclown				
6. diskutiert häufig				
7. verhält sich aufgesetzt und affektiert				
8. fühlt sich von anderen Schüler(inne)n belästigt				
9. lehnt Vorschriften von Lehrer(inne)n ab				
10. steht nicht zu eigenen Fehlern, macht andere verantwortlich				
11. dominiert Gruppen				
12. beginnt häufig körperliche Auseinandersetzungen				
13. verhält sich rücksichtslos gegenüber Mitschülern				
14. zeigt dissoziales Verhalten wie Lügen und Stehlen				
15. schließt sich Randgruppen an				
16. schwänzt die Schule				

IX. Reaktion des Umfelds

Die Schülerin/der Schüler	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft deutlich zu	trifft stark zu
1. bekommt wenig positives Feedback von Mitschülern				
2. wird selten für ihr/sein Verhalten von Lehrer(inne)n gelobt.				
3. hat wenig Stärken, die anerkannt werden				
4. kann Mitschüler motivieren				

X. Besonderheiten

Die Schülerin/der Schüler	trifft nicht zu	trifft etwas zu	trifft deutlich zu	trifft stark zu
1. zeigt stereotype Bewegungen oder Geräusche				
2. fällt durch Zwangshandlungen auf				
3. zeigt Tic-Bewegungen				

XI. Allgemeine Beurteilung der Leistung

1. Wie geeignet erscheint Ihnen die Schulart für die Schülerin/den Schüler gemessen an ihrem/seinem derzeitigen Leistungsvermögen?

☐ gut geeignet

☐ schlecht geeignet

2. Ist die Versetzung zurzeit gefährdet?

☐ ja

☐ nein

3. Welche positiven bzw. erwünschten Verhaltensweisen zeigt die Schülerin/der Schüler?

4. Worauf reagiert die Schülerin/der Schüler positiv?

5. Welche Stärken bzw. besonderen Begabungen sehen Sie bei der Schülerin/dem Schüler?

6. Was erscheint Ihnen darüber hinaus noch wesentlich für die Analyse der aktuellen Situation?
