



Datum: _____

Patientenanmeldeformular für Privatversicherte

Kind

Vorname: _____ Nachname: _____ geb.: _____

Mutter

Vorname: _____ Nachname: _____ geb.: _____

Vater

Vorname: _____ Nachname: _____ geb.: _____

Sorgerecht: ☐ gemeinsames Sorgerecht

Familiensituation: ☐ zusammenlebend oder ☐ getrenntlebend

alleiniges Sorgerecht: ☐ Mutter oder ☐ Vater

Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht wird eine Einverständniserklärung des zweiten Elternteils benötigt. Andernfalls darf unsererseits keine Behandlung erfolgen.

Adresse des/der Sorgeberechtigten: _____

Tel.: _____

E-Mail Mutter: _____

E-Mail Vater: _____

Private Krankenkasse & Hauptversicherte(r): _____

Rechnungsadresse, falls abweichend: _____

Vorstellungsgrund: _____

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 oder Gutachten (an Jugendamt oder Gericht) zusätzlich zu den Untersuchungskosten anfallen. Die Krankenversicherungen übernehmen diese Leistungen in der Regel nicht.

Umfangreiche Gutachten (Schulbegleiter, Legasthenie-Therapie, HPT-Platz etc.) für Jugendamt oder Gericht werden nach Zeitaufwand berechnet. Je nach Umfang liegen die Kosten zwischen 350 € und 500 €. Gerne erstellen wir Ihnen auf Wunsch einen Kostenvoranschlag.

Legasthenie- oder Dyskalkulie-Atteste zur Vorlage bei der Schule werden mit 60 € berechnet.

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 beachten Sie auch, dass die Erstattung bestimmter Leistungen im Bereich Psychiatrie/Psychotherapie je nach Versicherungsvertrag eingeschränkt sein kann. Mit Ihrer Unterschrift auf dem Anmeldeformular erklären Sie sich bereit, die eventuell nicht erstatteten Kosten selbst zu tragen.

Bitte bringen Sie zum Termin unbedingt folgende Unterlagen Ihres Kindes mit:

- ✓ das gelbe Untersuchungsheft
- ✓ alle Schulzeugnisse in Kopie
- ✓ den Lehrerfragebogen, der auf unserer Homepage über den Button "Formulare" zu finden ist
- ✓ (falls vorhanden) Testunterlagen/Vorbefunde in Kopie
- ✓ Einverständniserklärung des zweiten Elternteils (getrenntlebend, gemeinsames Sorgerecht)

Unterschriften der Sorgeberechtigten



Einwilligungserklärung zur Behandlung für unsere Patienten vom 14. bis 18. Lebensjahr

Name, Vorname PatientIn: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Bitte die zutreffenden Kästchen ☐ ankreuzen!

1. Einwilligung zur Kommunikation gegenüber der Mutter / dem Vater:

Hiermit stimme **ich (PatientIn)** zu, dass Frau Dr. Hönes-Becker bzw. ihre MitarbeiterInnen mit meiner Mutter / meinem Vater über meine diagnostischen Untersuchungen und die Behandlung sprechen dürfen. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass ggf. auch Termine und Einzelheiten der Behandlung mit meiner Mutter / meinem Vater besprochen bzw. vereinbart werden:

☐ **Mutter / Sorgeberechtigte:**

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

☐ **Vater / Sorgeberechtigter:**

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

2. Einwilligung zur Kommunikation mit der Praxis

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

☐ JA, wir sind einverstanden

☐ NEIN, wir sind nicht einverstanden

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

☐ JA, wir sind einverstanden

☐ NEIN, wir sind nicht einverstanden

3. Einwilligung zum Rezeptversand

Wir willigen ein, dass angeforderte Rezepte (ggf. auch BTM-Rezepte) per Post an die angegebene Anschrift verschickt werden:

☐ JA, wir sind einverstanden

☐ NEIN, wir sind nicht einverstanden

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

☐ JA, wir sind einverstanden

☐ NEIN, wir sind nicht einverstanden

NUR für Privatversicherte:

4. Einwilligung zur Abrechnung über unsere Abrechnungsfirma:

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

☐ 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 zu einer Abtretung der Vergütungsansprüche aus der Tätigkeit meiner Behandelnden an Medas zu einer 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

Unterschriften der Sorgeberechtigten



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: _____

Einverständniserklärung

(bei getrenntlebenden Eltern, vom zweiten Sorgeberechtigten auszufüllen)

PatientIn, Vor- und Nachname: _____ geb.: _____

O.g. PatientIn wird uns seitens eines Sorgeberechtigten vorgestellt. Da gemeinsames Sorgerecht besteht, wollen wir Sie darüber in Kenntnis setzen und Ihr Einverständnis für die Behandlung einholen. Füllen Sie bitte hierfür unten stehende Erklärung aus.

Darüber hinaus würden wir es begrüßen, Ihre Einschätzung zur Lebenssituation Ihres Kindes zu erfahren. Möchten Sie, dass ihre Einschätzung (anhand von Elternfragebögen) mit in die Diagnostik einfließt?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, bitten wir um Angabe Ihrer E-Mail Adresse und Telefonnummer:

Ich, die Mutter / der Vater,

Vor- und Nachname _____,

bin mit der diagnostischen Abklärung und ggf. mit der Einleitung einer therapeutischen Behandlung (Therapien/Medikation) einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit Gelegenheit habe, telefonisch, per E-Mail oder persönlich (s.o.) nach Terminabsprache, Rückfragen beim behandelnden Arzt zu stellen. Diese Erklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen.

Zudem benötigen wir Ihre Einwilligung zur Kommunikation mit unserer Praxis, ebenso wenn ggf. die Rechnungsstellung an Sie erfolgt.

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

NUR für Privatversicherte:

2. Einwilligung zur Abrechnung über unsere Abrechnungsfirma:

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

☐ 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 zu einer Abtretung der Vergütungsansprüche aus der Tätigkeit meiner Behandelnden an Medas zu einer 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.

Unterschrift des **zweiten** Sorgeberechtigten



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: _____

Eltern-Anamnese-Bogen

Vor- und Nachname des Kindes: _____ Alter: _____

Vorstellungsgrund: _____

Beginn des Problemverhaltens: _____

Familiensituation

(zusammen-/getrenntlebend; gemeinsames/alleiniges Sorgerecht; Geschwister):

Alter und Beruf der Mutter: _____

Alter und Beruf des Vaters: _____

Vorerkrankungen in der Familie: _____

Belastende Faktoren: _____

Säuglings- und Kleinkindalter

Schwangerschaftsverlauf

(unkompliziert, Rauchen, Alkoholgenuss in der Schwangerschaft, Wehenhemmer etc.):

Geburt (Frühgeburt, Sauerstoffmangel etc.):

Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9):

Motorische/Körperliche Entwicklung:

Sprachentwicklung:

Sauberkeitsentwicklung:

Sozial-emotionale Entwicklung:

Kindergartenalter

Verhaltensauffälligkeiten

(Trennungsprobleme, Hyperaktivität etc.):

Schulzeit

Einschulung: _____

Hortbesuch oder andere Einrichtung: _____

Einschneidende Lebensereignisse: _____

Krankheiten/Operationen/Unfälle/Allergien

Epilepsie, Hirnhautentzündung, Schädelhirntrauma etc.: _____

Therapien /Medikation

Bisherige medikamentöse Behandlungen, therapeutische Interventionen oder
Krankenhausaufenthalte

(Tagesklinik, stationär, Dauer und Grund der Therapie, abgeschlossen/laufend?):

Ihre persönlichen Bemerkungen:



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/unseres 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?
