

Dr. (H) Marion Raitzig

Fachärztin
Psychiatrie - Psychotherapie
Kinder - Jugendliche - Erwachsene

Brühlstr. 14
32423 Minden
Tel 0571/21849, Fax 0571/21813

Liebe Eltern!
Liebe Sorgeberechtigte!

Sie baten um einen Termin für Ihr Kind.

In der Anlage erhalten Sie einige Unterlagen. Dies ist zum einen ein Fragebogen über Hintergrundinformationen für die Behandlung von Kindern, zum anderen eine Entwicklungseinschätzung von Ihnen selbst über Ihr Kind.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und beantworten Sie **alle** Fragen. Die Informationen helfen uns, besser die Probleme zu verstehen, die Ihr Kind hat. Sollten Sie mit dem Verstehen und Beantworten der Fragen Probleme haben, wenden Sie sich bitte an eine Person Ihres Vertrauens und bitten Sie um Hilfe beim Ausfüllen.

Selbstverständlich sind Ihre Informationen vertraulich und werden ohne Ihr schriftliches Einverständnis an niemanden weitergegeben.

Als weitere Anlage übersenden wir Ihnen eine Therapievereinbarung für Behandlungstermine.

Die Fragebögen und die Therapievereinbarung für Behandlungstermine senden Sie bitte ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück.

Wir weisen daraufhin, dass nach neuester Rechtsprechung alle sorgeberechtigten Personen der Behandlung in einer Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie zustimmen müssen.

Falls bei Ihrem Kind die Ergotherapie-Notwendigkeit abgeklärt werden soll, bitten wir um Zusendung einer Überweisung vom bisher verschreibenden Haus- oder Kinderarzt, sowie einem Bericht der behandelnden Ergotherapiepraxis.

Nach Eingang Ihrer Unterlagen bei uns werden wir die medizinische Dringlichkeit einer psychiatrischen / psychotherapeutischen Behandlung prüfen. Ein Termin wird Ihnen von uns schriftlich mitgeteilt.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

**Hintergrundinformationen für die Behandlung
von Kindern / Jugendlichen**

(Falls die Beratung / Behandlung mehrerer Kinder erwünscht ist, füllen Sie einen Fragebogen für jedes Kind aus.)
auszufüllen von den sorgeberechtigten Personen!

Patient:

Name des Kindes: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon Festnetz: _____ Mobil _____
Krankenkasse: _____

Leibliche Mutter:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon (Fax/E-Mail): _____
Beruf: _____

Leiblicher Vater:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon (Fax/E-Mail): _____
Beruf: _____

Sorgeberechtigte Personen: bitte ankreuzen:

Mutter sonstige *
Vater Jugendamt *

*bitte ausfüllen:

Name, Vorname: _____
Institution: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon (Fax/E-Mail): _____

Geschwister:

(Halbgeschwister bitte kennzeichnen)

Name, Vorname	Geb.	Anschrift (wenn abweichend)

Sonstige wichtige Kontakt- und Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen:

(z.B. Großeltern, Freund/in...)

Name, Vorname	Alter	Beziehung/Personenkreis

Wer wohnt zur Zeit mit dem Kind/Jugendlichen in einem Haushalt?

Name, Vorname	Alter	Beziehung (z.B. Mutter, Stiefvater, Großvater)

Kindergartenbesuch:

Kindergartenanschrift	von	bis

Schulbesuch: (evtl. Lehre/Ausbildung)

Schulanschrift / Ausbildungsstätte	von	bis

auszufüllen von den sorgeberechtigten Personen!

Durch wen wurden Sie angeregt, sich an unsere Praxis zu wenden?

Welche Schwierigkeiten veranlassten Sie, sich bei uns zu melden?

Wie groß schätzen Sie Ihr Problem zum jetzigen Zeitpunkt ein?

Bitte kreuzen Sie eine Zahl an.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sehr gering									Sehr massiv

Was haben Sie bisher unternommen, um diese Schwierigkeiten zu bewältigen?

Wo sind Sie aktuell in Behandlung?

Ergotherapie

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Logopädie

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

sozialpsychiatrische Praxis

z. B. Dr. Scheunemann, Dr. Preising

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

sozialpädiatrisches Zentrum

z. B. Minden, Hannover, Bielefeld

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

psychiatrische Institutsambulanz

z. B. Wunstorf, Bad Salzuflen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Psychotherapie

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Erziehungsberatungsstellen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

oder sonstiges _____

Was davon hat geholfen?

Welche Hilfestellung erhoffen Sie sich durch uns?

**Stellen Sie sich vor, der Kontakt mit uns hat sich für Sie gelohnt.
Woran merken Sie das als erstes?**

Was ist in Ihrer Familie / Ihrem Lebenszusammenhang erhaltenswert und sollte unbedingt erhalten werden?

Was ist aus Ihrer Sicht in Zusammenhang mit der angestrebten Therapie / Beratung sonst noch wichtig?

Entwicklungseinschätzung (auszufüllen von den Eltern)

Name: _____ Alter: _____ Datum: _____ eingeschätzt von: _____

Markieren Sie mit jeweils einem Kreuz pro Zeile Ihre Einschätzung zu den betreffenden Beschreibungen:

		selten	manchmal	häufig	sehr oft
1	Zeigt Respekt gegenüber Erwachsenen				
2	Kann emotionale Erregung kontrollieren				
3	Ist aufgeschlossen gegenüber Ideen von anderen				
4	Ist normalerweise fröhlich				
5	Sagt die Wahrheit und zeigt sich ehrlich				
6	Gehorcht Erwachsenen				
7	Zeigt guten Appetit				
8	Ist in der Lage, Begonnenes zu beenden				
9	Zeigt sich anderen gegenüber rücksichtsvoll				
10	Ist in der Lage, Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten				
11	Zeigt die Fähigkeit, Freundschaften zu schließen				
12	Befolgt grundlegende Regeln				
13	Kann Frustrationen angemessen bewältigen				
14	Versteht sich mit Geschwistern/anderen Bewohner/innen				
15	Kann sich auf neue Situationen einstellen				
16	Schläft altersgemäß gut				
17	Kann Freundschaften aufrechterhalten				
18	Akzeptiert und erträgt Kritik an sich selbst				
19	Ist in der Lage, auf Beachtung/Belohnung zu warten				
20	Ist gerne Anführer/in				
21	Wird von Gleichaltrigen akzeptiert				
22	Kann Aufmerksamkeit von Erwachsenen mit anderen teilen				
23	Ist fähig, Konsequenzen des eigenen Handelns vorherzusehen				
24	Kann mit Erwachsenen kooperieren				
25	Kann Lob annehmen				
26	Ist körperlich gesund				
27	Kann eigene Fähigkeiten einschätzen				
28	Nimmt Herausforderungen an				

Bemerkungen:

Dr. (H) Marion Raitzig

Fachärztin
Psychiatrie - Psychotherapie
Kinder - Jugendliche - Erwachsene

Brühlstr. 14
32423 Minden
Tel 0571/21849, Fax 0571/21813

Behandlungsvereinbarung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

in Zusammenhang mit Ihrem Behandlungsanliegen sind therapeutische Gespräche von mindestens 40 Minuten Dauer pro Termin angezeigt.

Wir arbeiten nach dem Bestellsystem. Das heißt, dass wir für Sie einen Termin reservieren. Dies hat den Vorteil, dass für Sie keine oder zumindest fast keine Wartezeiten entstehen. Andererseits kann ein vergebener Termin in der Regel nicht kurzfristig anderweitig besetzt werden. Da die Krankenkassen allerdings nur tatsächlich durchgeführte Leistungen bezahlen, ist es notwendig, dass Sie den vereinbarten Termin pünktlich einhalten.

Sollten Sie daher einmal verhindert sein, bitten wir Sie, dies uns so früh wie möglich mitzuteilen, **spätestens zwei Werktage** vor dem angesetzten Termin.

Geschieht dies nicht, müssen wir Ihnen für den ausgefallenen Termin den Betrag von 46,00€ privat in Rechnung stellen. Dies gilt unabhängig von den angegebenen Gründen.

Wir bitten um Verständnis, dass wir nach einem Terminausfall einen neuen Termin erst nach vollständiger Bezahlung der Rechnung vereinbaren.

Davon unbenommen bleibt das Recht zur Kündigung des gesamten Therapievertrages. Falls Sie eine vereinbarte kontinuierliche Behandlung beenden wollen, bitten wir Sie ebenfalls, uns dieses mitzuteilen, damit wir ein Abschlussgespräch durchführen können.

Des Weiteren weisen wir daraufhin, dass wir für juristisch relevante Stellungnahmen und gutachterliche Tätigkeiten grundsätzlich nicht zur Verfügung stehen.

Für uns als Praxis und Sie als Patient gelten die Rechte und Pflichten der EU-Datenschutz-Grundverordnung. Informationen und Datenschutzhinweise dazu finden Sie auf unserer Homepage www.praxisraitzig.de und auf einem Aushang in unserem Wartezimmer.

Ich habe die oben genannten Informationen gelesen und zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit **schriftlich** widerrufen kann.

Name des Patienten: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (ab 15 Jahre)

bei minderjährigen Patienten Unterschriften **aller** sorgeberechtigter Personen

Dr. (H) Marion Raitzig

Fachärztin
Psychiatrie - Psychotherapie
Kinder - Jugendliche - Erwachsene

Brühlstr. 14
32423 Minden
Tel 0571/21849, Fax 0571/21813

Behandlungsvereinbarung

Ihre Kopie für Ihre Unterlagen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

in Zusammenhang mit Ihrem Behandlungsanliegen sind therapeutische Gespräche von mindestens 40 Minuten Dauer pro Termin angezeigt.

Wir arbeiten nach dem Bestellsystem. Das heißt, dass wir für Sie einen Termin reservieren. Dies hat den Vorteil, dass für Sie keine oder zumindest fast keine Wartezeiten entstehen. Andererseits kann ein vergebener Termin in der Regel nicht kurzfristig anderweitig besetzt werden. Da die Krankenkassen allerdings nur tatsächlich durchgeführte Leistungen bezahlen, ist es notwendig, dass Sie den vereinbarten Termin pünktlich einhalten.

Sollten Sie daher einmal verhindert sein, bitten wir Sie, dies uns so früh wie möglich mitzuteilen, **spätestens zwei Werktage** vor dem angesetzten Termin.

Geschieht dies nicht, müssen wir Ihnen für den ausgefallenen Termin den Betrag von 46,00€ privat in Rechnung stellen. Dies gilt unabhängig von den angegebenen Gründen.

Wir bitten um Verständnis, dass wir nach einem Terminausfall einen neuen Termin erst nach vollständiger Bezahlung der Rechnung vereinbaren.

Davon unbenommen bleibt das Recht zur Kündigung des gesamten Therapievertrages. Falls Sie eine vereinbarte kontinuierliche Behandlung beenden wollen, bitten wir Sie ebenfalls, uns dieses mitzuteilen, damit wir ein Abschlussgespräch durchführen können.

Des Weiteren weisen wir daraufhin, dass wir für juristisch relevante Stellungnahmen und gutachterliche Tätigkeiten grundsätzlich nicht zur Verfügung stehen.

Für uns als Praxis und Sie als Patient gelten die Rechte und Pflichten der EU-Datenschutz-Grundverordnung. Informationen und Datenschutzhinweise dazu finden Sie auf unserer Homepage www.praxisraitzig.de und auf einem Aushang in unserem Wartezimmer.

Ich habe die oben genannten Informationen gelesen und zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit **schriftlich** widerrufen kann.

Name des Patienten: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (ab 15 Jahre)

bei minderjährigen Patienten Unterschriften **aller** sorgeberechtigter Personen