

**Angaben zum Kind:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ welche Sprache wird zu Hause gesprochen: \_\_\_\_\_

Lebt bei den Eltern: ja  nein  wenn nein, bei wem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Angaben zu den leiblichen Eltern:**

Die leiblichen Eltern sind:

verheiratet

getrennt lebend

geschieden

Lebensgemeinschaft

Vor- und Nachname der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_ alleinerziehend? Ja:

Vor- und Nachname des Vaters: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_ alleinerziehend? Ja:

**Sorgerecht:**

gemeinsam

bei der Mutter

beim Vater

beim Jugendamt

**Angaben zu Adoptiveltern**

**Pflegeeltern**

**Stiefvater/Stiefmutter**

**Vormund**

Vor- und Nachname der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_ alleinerziehend? Ja:

Vor- und Nachname des Vaters: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Handynummer: : \_\_\_\_\_ alleinerziehend? Ja:

Ggf. Name und Kontaktdaten des Vormundes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Geschwister: (Name, Geburtsdatum)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leben die Geschwisterkinder im gleichen Haushalt? Ja  Nein

Sind Geschwisterkinder auch bei uns in Behandlung? Ja  Nein

Name: \_\_\_\_\_

Sind Entwicklungsstörungen, schwere oder psychische Erkrankungen in der Familie bekannt?

\_\_\_\_\_

Unser Kind besucht den Kindergarten: \_\_\_\_\_

Unser Kind besucht die Schule: \_\_\_\_\_

◦Schulform: \_\_\_\_\_

Gibt es Schulprobleme? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besteht eine Vereinsmitgliedschaft oder andere Freizeitaktivitäten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche elektronischen Medien konsumiert Ihr Kind am meisten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wieviel Stunden täglich konsumiert Ihr Kind diese Medien?

an Schultagen: \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag       an schulfreien Tagen: \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag

Wurde Ihr Kind schon einmal testpsychologisch untersucht? ja  nein

◦Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

◦Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Warum möchten Sie Ihr Kind in unserer Praxis vorstellen:

---

---

---

---

---

---

---

Seit wann bestehen ungefähr die Schwierigkeiten? \_\_\_\_\_

Haben Sie mit Ihrem Kind wegen der oben genannten Probleme schon vorher Hilfe aufgesucht? Ja  Nein

◦Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit etwas Belastendes erlebt, das noch heute eine Rolle spielt? \_\_\_\_\_

---

---

---

Wurde Ihr Kind schon einmal ambulant oder stationär psychiatrisch behandelt?

◦Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_

Welche Förderungen / Therapien hat Ihr Kind bislang erhalten: (wo, von wann bis wann)

Psychotherapie  psychol. Beratung  Ergotherapie  Frühförderung  andere Therapien

---

---

---

---

Ist Ihr Kind gleichzeitig in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Institutsambulanz in Behandlung?

: ja : nein

◦Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

Innerhalb desselben Quartals wird eine Parallelbehandlung von der gesetzlichen Krankenkasse nicht vergütet!

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis Dr. med. M. Westhoff / Dr. med. S. Wehr einverstanden und tragen Sorge die Termine in der Praxis pünktlich und zuverlässig wahrzunehmen.

---

Ort Datum

Unterschrift

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht benötigen wir unbedingt das schriftliche Einverständnis beider Elternteile für die Vorstellung im MVZ Bonifatius Hospital Lingen, Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. med. M. Westhoff / Dr.med. S. Wehr.

Ich bin mit der Vorstellung meines Kindes: \_\_\_\_\_

zur Diagnostik und Therapie im MVZ Bonifatius Hospital Lingen, Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. Westhoff / Dr. Wehr einverstanden.

---

Ort Datum

Unterschrift

---

Ort Datum

Unterschrift

**Wir danken Ihnen recht herzlich für das Ausfüllen dieses Fragebogens.**  
Bitte schicken Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zu, wir werden zeitnah mit Ihnen Kontakt aufnehmen.

**Ärztlicher Leiter**  
**Dr. med. M. Westhoff**

Facharztpraxis für Kinder- & Jugendpsychiatrie  
& -psychotherapie  
Am Wall Süd 20, 49808 Lingen

Tel.: 0591 910-6355  
Email: [kjp.mvz@hospital-lingen.de](mailto:kjp.mvz@hospital-lingen.de)

## Vereinbarung über die Vergütung bei Versäumung von Terminen

---

Patientenname und Geburtsdatum

---

Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters des Patienten

und das

MVZ Bonifatius Hospital Lingen gGmbH  
Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Dr. med. Moritz Westhoff / Dr. med. Sebastian Wehr  
nachfolgend „Facharztpraxis“ genannt

### **schließen folgende Vereinbarung:**

Die Facharztpraxis wird als reine Bestellpraxis betrieben, in der mit längeren Terminvorläufen gearbeitet wird. Die Therapie wird über einen längeren Zeitraum mit festgelegter Behandlungsdauer durchgeführt. Kurzfristig abgesagte Termine können in der Regel nicht neu vergeben werden. Daher sind verbindliche Terminvereinbarungen notwendig.

Die Facharztpraxis und der o.g. Patient bzw. gesetzliche Vertreter vereinbaren für die Behandlung einvernehmlich feste Termine. Der Patient bzw. gesetzliche Vertreter verpflichten sich die vereinbarten Termine für die Behandlung freizuhalten, bzw. dafür Sorge zu tragen, dass der Patient zum Termin erscheint. Für den Fall, dass reservierte Termine nicht wahrgenommen werden, ist der Patient nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 615 so genannter Annahmeverzug) verpflichtet, der Facharztpraxis die hierdurch entfallene Vergütung zu ersetzen. Daher treffen die Vertragsparteien folgende Regelung:

Versäumt der Patient eine vereinbarte Behandlung, ohne rechtzeitig – zum frühestmöglichen Zeitpunkt vorher abzusagen, so wird die Behandlungsstunde mit **30,00 EURO** in Rechnung gestellt.

Die Facharztpraxis und der Patient bzw. gesetzliche Vertreter haben diese Regelung nach ausführlicher Besprechung getroffen und erklären ihr Einverständnis. Jedem Vertragspartner wurde ein Exemplar ausgehändigt.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

**Praxis**

**Dr. med. M. Westhoff / Dr. med. S. Wehr**

Facharztpraxis für Kinder- & Jugendpsychiatrie

& -psychotherapie

Am Wall Süd 20

49808 Lingen