



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 einverstanden und tragen Sorge die Termine in der Praxis pünktlich und zuverlässig wahrzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift eines Sorgeberechtigten

Bei getrenntlebenden 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.

Ich bin mit der Vorstellung meines Kindes: _____

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

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter

Ort, Datum

Unterschrift des Vaters

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

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
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.

Bei Absagen auf Grund von Krankheit am Tag des Termins, behalten wir uns die Vorlage eines ärztlichen Attestes vor.

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 gesetzlicher Vertreter

Praxis

Dr. med. M. Westhoff

Facharztpraxis für Kinder- & Jugendpsychiatrie
& -psychotherapie
Am Wall Süd 20

49808 Lingen