



PRAXIS van Heek

Dr. Kathrin van Heek Kanalstraße 37, 24159 Kiel

Kinder- und
Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie

Dr. Kathrin van Heek
Kanalstraße 37
24159 Kiel

T 0431. 888 00 40
info@praxis-vanheek.de
praxis-vanheek.de

Liebe Eltern, liebe Kinder, liebe Jugendliche,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

In der Erstberatung können wir uns kennenlernen und die weiteren Schritte planen.

Anliegend:

- Aufnahmebogen
- Fragebogen zur Entwicklung
- (Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten)

Bitte nehmen Sie sich Zeit, um den Aufnahmebogen und den Fragebogen zur Entwicklung auszufüllen. Bitte erscheinen Sie mit dem Kind bzw. der/dem Jugendlichen, damit das Gespräch gemeinsam stattfinden kann. Ein Gespräch nur mit den Eltern allein ist zu dem Zeitpunkt nicht möglich. Termine mit weiteren Begleitpersonen, wie z.B. Familienhelfer/-innen oder Heilpädagogen/-innen werden bei Bedarf gesondert vereinbart.

Bitte bringen Sie mit:

- elektronische Gesundheitskarte (sonst kann die Erstberatung nicht stattfinden)
- gelbes Vorsorgeuntersuchungsheft
- Aufnahmebogen (ausgefüllt)
- Fragebogen zur Entwicklung (ausgefüllt)
- Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten, falls erforderlich

Um entspannt und konzentriert in einer angenehmen Atmosphäre arbeiten zu können, bitten wir um Folgendes:

- Bringen Sie bitte keine Getränke und Speisen (inkl. Wasser, Kaugummis, Bonbons) mit.
- Bitte lassen Sie Ihr Smartphone/Handy lautlos.
- Hunde können nicht mit in unsere Praxis gebracht werden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Kathrin van Heek

Dr. med. Kathrin van Heek

Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie



Aufnahmebogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

Begleitperson/en: Mutter Vater Partner/-in eines Elternteils Pflegemutter/-vater

Betreuer/-in _____

Name/n der Begleitperson/en: _____

Über das Sorgerecht verfügt: Mutter Vater Andere: _____

Befundbericht bitte an Arzt / Ärztin: _____

Ich bin **gesetzlich versichert**.

Ich nehme derzeit andernorts keine sozialpsychiatrische Behandlung in Anspruch (andere kinder- und jugendpsychiatrische Praxis, Ambulanz/ZIP, Sozialpädiatrisches Zentrum/SPZ).

Ich bin **privat versichert**.

Ich wünsche eine Privatbehandlung auf Basis der GOÄ. Mir ist bekannt, dass kein Vertragsverhältnis zwischen der Praxis und der privaten Krankenversicherung besteht und ich selbst zahlungspflichtig bin.

Bitte senden Sie die Rechnung an: Mutter Vater

ggf. abweichende Adresse:

Ich gestatte Ihnen, mich per E-Mail zu kontaktieren

E-Mail-Adresse: _____

Ort, Datum, Unterschrift



Fragebogen zur Entwicklung

Vorname und Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Ausgefüllt von _____ Datum _____

Dauer der Schwangerschaft ___ Wochen psychische Belastung Schwangerschaftsvergiftung/Gestose

Geburt: Alter der Mutter ___ J. Krankenhaus (Ort) _____

Gewicht _____ g, Größe _____ cm, Kopfumfang _____ cm, Apgar ___ - ___ - ___ Kaiserschnitt

Gelbsucht im Krankenhaus nach Geburt behandelt über ___ Wochen _____

hat viel geschrien bis zum Alter von ___ Monaten wollte viel getragen werden

ließ sich schwer beruhigen Schlafprobleme Trinkprobleme _____

gekrabbelt mit ___ Monaten kein Krabbeln wenig Krabbeln frei gelaufen mit ___ Monaten

motorische Entwicklung verzögert erhielt Krankengymnastik _____

Zwischen 1. und 3. Geburtstag: schüchtern unruhig ängstlich trotzig lebhaft willensstark

unsanft mit anderen Kindern klammerte anstrengend spielte nicht mit Gleichaltrigen

Schlafprobleme _____

Tagsüber trocken mit ___ J. nachts trocken mit ___ J. tagsüber noch nicht trocken

nachts noch nicht trocken _____

Essen: wählerisch _____

Hören: oft schwerhörig Hörwahrnehmungsstörung _____

Sehen: Brille seit dem Alter von ___ J. _____

Sprache: 2 bis 3 erste Wörter mit ___ Monaten verzögert Logopädie mit ___ J. (bis ___ J.)

Kindergarten: ab dem Alter von ____ J. Trennungsprobleme hielt sich oft nicht an Regeln

ging nicht gerne hin nicht gern gebastelt/gemalt _____

Einschulung mit ____ J. (+ ____ Mo.) ging nicht gerne hin _____

hat die ____ . Klasse wiederholt _____

besucht jetzt die ____ . Klasse, Schulform: _____

Leistungen: gut mittel schlecht _____

Schulabschluss _____ erworben im Alter von ____ J. _____

Ausbildung/Studium: _____ seit dem Alter von ____ J. _____

Unfall/Krankheit/Behandlung (Krankenhaus, Ergotherapie, Psychotherapie) im Alter von: _____

Vorsorgeuntersuchungsheft (wird von uns übertragen): _____

Chronische Krankheiten: Asthma Neurodermitis _____

Medikamente: _____

Brüder/Schwestern mit Altersangabe: _____

Mutter: Beruf _____ Vollzeit Teilzeit selbstständig nicht berufstätig

Schulabschluss _____

Vater: Beruf _____ Vollzeit Teilzeit selbstständig nicht berufstätig

Schulabschluss _____

Trennung der Eltern, als das Kind ____ J. alt war. _____

Das Kind lebt bei beiden Eltern in einem Haushalt Mutter Vater

Das Kind lebt seit der Geburt in Deutschland. Das Kind lebt seit dem Alter von ____ J. in Deutschland.

Das Kind wächst mit folgenden Sprachen auf: Deutsch Türkisch Kurdisch _____

Vielen Dank für Ihre Sorgfalt und Unterstützung! Ihre Praxis Dr. van Heek

Dr. med. Kathrin van Heek

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



Einverständniserklärung des/der nicht anwesenden Sorgeberechtigten

Wir benötigen das Einverständnis der/des nicht in der Praxis erscheinenden Sorgeberechtigten für Kinder und Jugendliche, deren Sorgeberechtigte getrennt leben oder die nicht bei Sorgeberechtigten leben.

Als bei der Vorstellung in der Praxis nicht anwesende/-r Sorgeberechtigte/-r erkläre ich mich damit einverstanden, dass

Patient/in: _____ geboren am: _____

in der Praxis Dr. Kathrin van Heek untersucht und gegebenenfalls behandelt wird.

Ort, Datum

Unterschrift