



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 entgegebrachte 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, Heilpädagogen/-innen oder Dolmetscher/-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.
- Bringen Sie bitte keine Geschwisterkinder mit.
- Hunde können nicht mit in unsere Praxis gebracht werden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Kathrin van Heek



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 (u. a. verschlüsselte Befunde/Rechnungen)

E-Mail-Adresse: _____

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass laut Gesetz meine Arztbriefe in meine elektronische Patientenakte (ePA) aufzunehmen sind und dass ich das Recht habe, dem zu widersprechen.

Hiermit widerspreche ich der Speicherung von Daten in der ePA.

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., Alter des Vaters _____ J., Geburtsort: _____

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

im Krankenhaus nach Geburt behandelt über _____ Wochen _____

hat viel geschrien bis zum Alter von _____ Monaten wollte viel getragen werden Trinkprobleme

ließ sich schwer beruhigen Schlafprobleme _____

gekrabbelt mit _____ Monaten kein Krabbeln frei gelaufen mit _____ Monaten

motorische Entwicklung verzögert _____

Zwischen 1. und 3. Geburtstag: unruhig ängstlich 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 _____

Unfälle/Krankheiten/Behandlungen: _____

Krankengymnastik/Physiotherapie von _____ J. bis _____ J. Frühförderung von _____ J. bis _____ J.

Logopädie von _____ J. bis _____ J. Ergotherapie von _____ J. bis _____ J.

Psychotherapie von _____ J. bis _____ J. _____

Medikamente: _____

Vorsorgeuntersuchungsheft (wird von uns übertragen): _____

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

Schule: Einschulung mit ____ J. ____ Monaten _____

besucht jetzt die ____ Klasse hat die ____ Klasse wiederholt wiederholt derzeit die ____ Klasse

Schulform: _____ Schulbesuch unregelmäßig

Förderstatus _____ Schulbegleitung

Leistungen: gut mittel schlecht _____

Schulabschluss _____ erworben im Alter von ____ J.

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

Familie: Mutter: Beruf _____ Vollzeit Teilzeit nicht berufstätig

Schulabschluss _____

Vater: Beruf _____ Vollzeit Teilzeit nicht berufstätig

Schulabschluss _____

Das Kind lebt bei beiden Eltern in einem Haushalt.

Trennung der Eltern, als das Kind ____ J. alt war. vor der Geburt des Kindes.

Das Kind lebt bei der Mutter dem Vater Das Kind lebt bei beiden Eltern in zwei Haushalten.

Das Kind lebt seit dem Alter von ____ J. in einer Einrichtung _____

Das Kind lebt seit dem Alter von ____ J. in einer Pflegefamilie _____

Im Haushalt leben Schwester/n (Alter) _____ Bruder/Brüder (Alter) _____

Weitere _____

Außerhalb des Haushalts Schwester/n (Alter) _____ Bruder/Brüder (Alter) _____

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

In der Familie werden folgende Sprachen gesprochen: Deutsch Türkisch Kurdisch _____

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



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

Name in Druckbuchstaben und Unterschrift