

Praxis für Psychotherapie
Dr. med. Dipl. Psych.
Michaela Jakobi-Gordjani
Ärztin, Psychol. Psychotherapeutin
Saint-Priest-Str. 3 a, 63165 Mühlheim
Zweigstelle: Westhafenplatz 1, Frankfurt
T 06108 796 4410 - F 06108 796 7459

Liebe Eltern und Angehörige,

Wir danken für Ihr Interesse an einer kinder und jugendtherapeutischen Beratung, Untersuchung oder Behandlung. Für die Planung des Erstgesprächs bitten wir Sie, uns den anliegenden Fragebogen ausgefüllt zurückzusenden. Wir behandeln alle Informationen streng vertraulich im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht und geben sie nur mit Ihrem Einverständnis weiter.

Bitte beachten Sie folgende Abläufe und Bedingungen:

- Bitte geben Sie uns eine Telefonnummer an, unter der wir Sie tagsüber erreichen können und teilen Sie uns Änderungen von Telefonnummern und Anschrift mit. Wir melden uns so bald wie möglich.
- Termine werden fest für Ihr Kind und Sie reserviert. Bitte sagen Sie Termine so früh wie möglich (spätestens 72 Stunden vor dem Termin) ab, wenn Sie sie nicht benötigen. Alle wartenden Familien werden Ihnen dankbar sein. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.
- Wir benötigen das Einverständnis aller Sorgeberechtigten für die Behandlung
- Ohne Versichertenkarte Ihres Kindes übernehmen die Kassen die Behandlungskosten nicht. Die Karte muss in jedem Quartal in der Anmeldung eingelesen werden (Wir benötigen sie auch zur Abrechnung von Telefonaten, Rezeptausstellung, Besprechungen mit kooperierenden Therapeuten, Versand von Befunden etc.). Ohne Versichertenkarte müssen wir Ihnen unsere Leistung als privatärztliche Leistung in Rechnung stellen.
- Bitte bringen Sie das gelbe Untersuchungsheft des Kindes und vorhandene Berichte anderer Ärzte, Institutionen, Schulzeugnisse etc. (gern in Kopie) mit.
- Bei akuter Gefahr, z.B. Suizidalität, wenden Sie sich bitte an die lokal zuständige Kinderpsychiatrische Klinik (KJP Riedstadt, Tel. 06158 183-0 und KJP Frankfurt, Tel. 0696301-0).
- Bei diesen Bedingungen handelt es sich überwiegend um Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die wir nicht beeinflussen können. Für die privatärztliche Behandlung gelten andere Bedingungen

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit.

Ihre Praxis für Psychotherapie

Elternfragebogen

Für die Vorstellung zur kinder- und jugendtherapeutischen Sprechstunde

Ausgefüllt am _____ Ausgefüllt von _____

Nachname des Kindes _____

Vorname des Kindes _____

Geboren am _____

Adresse _____

Telefon _____ Handy _____

Krankenkasse _____ Vers.- Nr. _____

Versichert durch _____ geb. am _____

Ist oder war Ihr Kind bereits in Behandlung durch einen Kinder- oder Jugendpsychiater, Kinder oder Jugendpsychotherapeuten, eine Klinik, ein sozialpädiatrisches Zentrum oder eine Institutsambulanz? _____

Stationär (wann, welche Klinik?) _____

Ambulant (wann, welche Praxis?) _____

Sozialpädiatrisches Zentrum (welches?) _____

Behandlung abgeschlossen seit _____ Behandlung läuft noch _____

Institutsambulanz (welche?) _____

Behandlung abgeschlossen seit _____ Behandlung läuft noch _____

Welche Probleme führen zur Vorstellung bei uns? (Bitte in Stichworten angeben)

Gab es Probleme in Schwangerschaft, Geburt, der Säuglings- und Kleinkindentwicklung?

Gab es wichtige Vorerkrankungen? _____

Gibt es aktuelle körperliche Erkrankungen? _____

Nimmt ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____

War oder ist Ihr Kind in ergotherapeutischer, logopädischer, krankengymnastischer oder anderer therapeutischer Behandlung, wenn ja, weswegen? _____

Leidet ein Familienmitglied an einer schweren, chronischen oder psychischen Erkrankung?

Beruf der Mutter _____

Beruf des Vaters _____

Beziehung der Eltern? (verheiratet, geschieden, leben zusammen/getrennt seit etc.)

Mutter verstorben seit _____ Vater verstorben seit _____

Bei wem lebt das Kind? _____ Wer hat das Sorgerecht? _____

Bitte ggf. Name und Anschrift angeben _____

Kind ist ein Pflege- oder Adoptivkind _____

Kind lebt in Einrichtung (welche?) _____

Was sind die Stärken Ihres Kindes? _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Welche Erwartungen haben Sie an uns? _____

Erklärung:

Mir/uns ist bekannt, dass eine kinder- und jugendtherapeutische Behandlung nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der/die Unterzeichnende/n versichert hiermit, dass alle Sorgeberechtigten informiert wurden und mit der hier geplanten Diagnostik und Therapie einverstanden sind.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Hiermit entbinde/n ich/wir die Mitarbeiter der Praxis für Psychotherapie nach der Untersuchung meines/unseres Kindes von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Hausarzt _____

bzw. anderen Stellen _____

zum gegenseitigen Informationsaustausch.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Sorgeberechtigte/r