



MVZ der Klinikum Saalekreis GmbH
 Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Dipl. Med. Dagmar Scherling
 FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und -psychotherapie
 FÄ für Kinderheilkunde
 Weiße Mauer 52
 06217 Merseburg
 Tel. 03461 27-4760
 Fax. 03461 27-4762



**Carl-von-Basedow
 KLINIKUM**
 Saalekreis gGmbH

Anmelde- und Anamnesebogen

Name:
 (des Kindes/Jugendlichen)

Vorname:

geb.:

männlich weiblich divers

Straße:

Überweiser:

PLZ, Wohnort:

Überweis.diagn.:

Tel.-Nr.:

E-Mail :

Krankenversicherung über:

bei:

Name der Kindesmutter:

Adresse, falls abweichend:

geb.:

Tätigkeit:

Schulabschluss:

Tel.-Nr.: (privat:)

Lebenspartner/in.....

(dienstl:)

Name des Kindesvaters:

Adresse, falls abweichend:

geb.:

Tätigkeit:

Schulabschluss:

Tel.-Nr.: (privat:)

Lebenspartner/in.....

(dienstl:)

Sorgerecht:

Vormund:

Familienstand:

Vorbehandlungen / Therapien:

nein

ja

Wenn Ja , wo:.....

.....

Ergänzung bei Pflegschaft

Name der Pflegemutter:

Adresse:.....

geb.:

Tätigkeit: Tel.-Nr.:(privat)

(dienstl.):.....

Name des Pflegevaters :

Adresse:.....

geb.:

Tätigkeit: Tel.-Nr.:(privat)

(dienstl.):.....

weitere Kinder (leibliche Kinder, Pflegekinder o.ä.):

Name	Alter	Auffälligkeiten			Besonderheiten (in Haushalt lebend?)
		körperl.	seel.	schul.	

.....

.....

.....

Kinderpflegedienst/ASD:

Kindereinrichtung / Schule:

.....

Schwerbehindertenausweis Pflegestufe Hilfsmittel:

.....

Hilfen für die Familie (Beratungsstellen, Jugendamt/ASD, Sozialamt, Familien- oder Erziehungshilfe o. ä.)

.....
.....
.....

Warum möchten Sie Ihr Kind in unserer Sprechstunde vorstellen?

.....
.....
.....
.....

I. Angaben zur Familie

Geschwister/ ggf. Halbgeschwister, Stiefgeschwister:

Name	Alter	Auffälligkeiten			Besonderheiten (in Haushalt lebend?)
		körperl.	seel.	schul.	

.....
.....
.....

Familiäre Auffälligkeiten / Krankheiten:

Mutters Familie: körperlich:

(selbst, Eltern, Geschwister, Großeltern) seelisch:

Traumata:

Vaters Familie: körperlich:

(selbst, Eltern, Geschwister, Großeltern) seelisch:

Traumata:

II. Angaben zum Kind

Platz in der Geschwisterreihe: von Kindern

Schwangerschaft: (Wunschkind; körperliche oder seelische Erkrankungen, besondere Lebensumstände, Traumata, Phantasien zum Kind)

.....
.....
.....
.....

Rauchen Alkohol Drogen

Geburt in der Schwangerschaftswoche

zu Hause in der Klinik
 spontan Einleitung Sectio

Dauer: Komplikationen:

Geburtsgewicht: Geburtslänge: KU:

APGAR:

Stilldauer:

Nachgeburtszeit (postpartale Depression / Regulationsstörung beim Kind bzgl. Schlafen, Trinken, Schreien):

.....
.....
.....
.....

Entwicklung:

1. Lebensjahr

Regulationsfähigkeit (Schlaf-Wach-Rhythmus):

Koliken:

Gedeihen – Füttersituation:

Krankheiten / Dauermedikamente:

Verhalten / Auffälligkeiten:

Wann?

Krabbeln:
Stehen:
Sitzen:
Laufen:

Sprache (Erste Worte):
Verständnis:
Auffälligkeiten:

Selbstständigkeitsentwicklung:

Sauberkeitsentwicklung: trocken, seit
 sauber, seit

	Kleinkind-Alter	aktuell
Ängste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwänge:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressionen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tics:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daumenlutschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haardrehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialverhalten:		
Lügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zündeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulverweigerung/ -angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

aktuell

Stärken (Was kann Ihr Kind gut / Was macht Ihr Kind gerne?):

.....
.....

Abneigungen:

.....
.....

Konzentration:

Essen:

Spielen:

Schlafen:

Erste Regelblutung:

Nikotin

Alkohol

Drogen

.....
 TV- / Medienkonsum

PC- oder Konsolen-Spiele

Wenn ja, wie oft / wie lange:

Besuch Kindereinrichtungen

Gibt/ gab es Auffälligkeiten?
Eingewöhnungsprobleme?

Krippe:

Kindergarten:

Vorschule:

Einschulung/Rückstellung/Wiederholung:

Schule/ aktuelle Klasse/ sonderpädagogischer Förderung:

.....

.....

Leistungen/Verhalten:

.....

.....

Ausbildung:

Fertigkeiten/Hobbys:

.....

bisherige Erkrankungen/Allergien/Krankenhausaufenthalte/Kuren/Unfälle/Operationen:

.....

.....

.....

Medikamente:

.....

.....

.....

III. Jetzige Probleme (in Familie, Kindergarten oder Schule)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. bisherige Behandlungen und Therapien

(Ärzte, Psychologen, Beratungsstellen, Förderungen u. Therapien, etc. mit Beh.zeitraum)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Behandlungsvereinbarung

Um eine bestmögliche Behandlung Ihres Kindes zu gewährleisten und Doppeluntersuchungen zu vermeiden, bitten wir Sie um Mithilfe und die Erteilung Ihres Einverständnisses.

Schweigepflichtsentbindung

Name, Vorname des Kindes:

geb.:

Str.:

PLZ:

Hiermit entbinde(n) ich/wir Frau Dipl.-Med. D. Scherling und Kollegen sowie

Arzt:

Psychologe/Psychotherapeut:

Therapeut:

Beratungsstelle:

Kindergarten/Schule:

Institution (Jugend-/Gesundheits-/Sozialamt):

Klinik:

Kureinrichtung:

gegenseitig von ihrer Schweigepflicht.

Befunde und Berichte können erfragt, angefordert und übermittelt werden, Hilfen und Therapieansätze können besprochen werden.

Hiermit vereinbaren wir mit Frau Dipl.-Med. D. Scherling und Kollegen die Behandlung an oben genanntem Kind.

Hinweis: Grundsätzlich findet ohne die KV-Karte keine Behandlung statt. Falls uns die KV-Karte nicht innerhalb von 10 Tagen vorliegt, behalten wir uns vor, eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen zu stellen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr von 50,00 € je angefangene halbe Stunde berechnen müssen, sofern die Terminlücke nicht durch einen anderen Patienten geschlossen werden kann (nach § 615 BGB).

Datum:

Unterschrift: Mutter:

Vater:

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Dann findet keine weitere Datenübermittlung statt.