



Fragebogen bei Erstvorstellung

Patientenstammdaten

Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen:

Geburtstag:

Alter:

Adresse:

Mobilfunknummer:

Email:

Versicherung: privat Hauptversicherungsnehmer/in:
 gesetzlich

Schule und Klasse/ Kindergarten:

Mit wem lebt das Kind/ der Jugendliche zusammen:

War Ihr Kind in diesem Quartal bereits in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung in

Behandlung: Ja Nein

Vorstellungsanlass, was hat Sie zu uns geführt?

Wer hat Ihnen empfohlen Ihr Kind hier vorzustellen?

Vorerkrankungen:

Medikamente:

Allergien:

OP oder Krankenhausaufenthalte:

Größe:

Gewicht:

Schwangerschaft (SS) /Geburt:

Komplikationen während SS	
Alkohol/Drogen/Nikotin während SS	
Zeitgerecht/Früh/Spät, SS-Woche	
Spontan oder Kaiserschnitt	
Geburtsgewicht, Geburtsgröße	
Apgarwerte	

Komplikationen nach der Geburt:

Regulationsstörungen wie z.B. Trinkschwäche, Schreibaby

Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung:

	Alter (Monate/Jahr)	Besonderheiten
Erste Worte		
Laufen		
Sauberkeitsentwicklung:		
Urinkontrolle		
Stuhlkontrolle		

Vorbehandlungen, andere Hilfen:

Was?	Wann?	Wo?
Psychotherapie		
Psychiatrie		
Ergotherapie		
Logopädie		
Jugendamt		
Frühförderung		
Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ		

Mutter

Name, Vorname:

Alter:

Beruf:

Adresse:

Tel:

Email:

Sorgeberechtigt für d. Patient/in:

Ja Nein

Familienstand:

Erkrankungen:

Vater

Name, Vorname:

Alter:

Beruf:

Adresse:

Tel:

Email:

Sorgeberechtigt für d. Patient/in:

Ja Nein

Familienstand:

Erkrankungen:

Geschwister: Ja Anzahl: Nein

Name	Alter	Schule u. Klasse/ Kita	Erkrankungen
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

U-Heft dabei: ja nein , bitte beim nächsten Termin mitbringen**Impfpass dabei:** ja nein , bitte beim nächsten Termin mitbringen**Zeugnisse ab 1. Klasse dabei:** ja nein , bitte beim nächsten Termin mitbringen**Berichte/ Befunde aus Vorbehandlungen:** ja nein , bitte beim nächsten Termin mitbringen

Fotoaufnahme:

Ich bin damit einverstanden, dass von meinem Sohn/meiner Tochter ein Foto für die digitale Akte aufgenommen wird: ja nein

Es wird versichert, dass diese Aufnahme nicht der Veröffentlichung, sondern ausschließlich der praxisinternen Verwendung dient.

Bitte geben Sie mitgebrachte Unterlagen an unsere Kollegin am Empfang ab damit Sie diese kopieren und Ihnen direkt wieder aushändigen kann. Vielen Dank.

Platz für zusätzliche Informationen oder Anmerkungen, die Ihnen wichtig sind:



Özlem Fatma Kanal
**Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**



Özlem Fatma Kanal
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

KJP im RMMC, Wilhelmstr.48, 65183 Wiesbaden
Tel: 0611 4505160

Einverständniserklärung

Alleinerziehend gemeinsames Sorgerecht

Mit der Vorstellung meines Kindes _____ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Kanal, Wilhelmstraße 48 in 65183 Wiesbaden, bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter: _____

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vater: _____



KJP im Rhein Main Medical Center

Wilhelmstraße 48, 65183 Wiesbaden

☎ 0611 450416-0 ☎ 0611 450416-11

✉ info@rmmc-wiesbaden.de

Vereinbarung über die Erhebung eines Ausfallhonorars

Liebe Eltern / Liebe Patienten,

bei einer Terminabsage Ihrerseits bitten wir um rechtzeitige Benachrichtigung spätestens 24 Stunden vorher. Falls der vereinbarte Termin nicht 24 Stunden vorher abgesagt wird, erheben wir ein Ausfallhonorar in Höhe von **50 Euro**. Dieses ist vor dem nächsten Termin zu entrichten. Eine rechtzeitige Terminabsage ist tagsüber zu den Öffnungszeiten des Sekretariats telefonisch möglich. Darüber hinaus können Sie Terminabsagen jederzeit (bis 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin) per Mail (info@rmmc-wiesbaden.de) oder per Fax (0611 45041611) mitteilen.

Mit dieser Regelung erkläre ich mich/erklären wir uns einverstanden:

Name des Kindes

Geburtsdatum

Ort und Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten



KJP im Rhein Main Medical Center

Wilhelmstraße 48, 65183 Wiesbaden
☎ 0611 450416-0 📠 0611 450416-11
✉ info@rmmc-wiesbaden.de

RMMC Wilhelmstraße 48, 65183 Wiesbaden

Behandlungsvertrag

	Patient/in:	Sorgeberechtigte/r:
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Strasse		Falls abweichend zum Patient/in:
PLZ & Wohnort		
Telefon		
E-Mail		
Krankenkasse		

Ich wünsche eine privatärztliche Untersuchung und Behandlung durch die Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Die Rechnungsstellung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (2,3 - 3,5-facher Satz).

Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: _____

KJP Praxis Kanal, Wilhelmstr 48, 65183 Wiesbaden
Tel: 0611 4504160, Fax: 0611 45041611



Özlem Fatma Kanal
**Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich/ wir als Sorgeberechtigte/r die Mitarbeiter der KJP-Praxis im Rhein Main Medical Center von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

		Name, Adresse, Telefonnummer, ggf. Email
<input type="radio"/>	Hausarzt, Hausärztin	
<input type="radio"/>	Kinderarzt, Kinderärztin	
<input type="radio"/>	Klassenlehrer/in	
<input type="radio"/>	Schulpsychologen, Schulsozialarbeiter, Förderlehrer	
<input type="radio"/>	Kindergarten, Erzieher, Erzieherin	
<input type="radio"/>	Jugendamt	
<input type="radio"/>		

um über mein Kind _____ geb. am _____ zu
sprechen. Diese Schweigepflichtentbindung gilt gegenseitig.

Datum, Ort _____

Unterschrift sorgeberechtigte Mutter

Unterschrift sorgeberechtigter Vater

KJP Praxis Kanal, Wilhelmstr 48, 65183 Wiesbaden
Tel: 0611 4504160, Fax: 0611 45041611



Özlem Fatma Kanal
**Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich _____, geb. am _____
die Mitarbeiter der KJP-Praxis in Rhein Main Medical Center von ihrer Schweigepflicht
gegenüber:

	Name, Adresse, Telefonnummer, ggf. Email
<input type="radio"/> Hausarzt, Hausärztin	
<input type="radio"/> Psychotherapeut/in	
<input type="radio"/> Schule/ Klassenlehrer/in	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	

Diese Schweigepflichtentbindung gilt gegenseitig.

Datum, Ort _____

Unterschrift Patient/in