



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

Ön bilgiler

Ođlunuzun/Kızınızın

Adı/ Soyadı:

Dotum tarıhı /yaşı:

Adresi:

Sigortası:

özel

devlet

Okulu/sınıfı:

Kimlerle bir evde yaşıyor:

Başka bir Sosyalpiskiatrı uzmanına gittiniz mi son zamanda? Evet hayır

Buraya bas vurma sebebi nedir?

Kim size cocugunuzu buraya getrimenizi tavsiye etti?

Bilinen hastalıkları var mı

Kullandığı ilac var mı?

Boyü:

Kilosu:

Allerjisi var mı?

Ameliyat oldu mu, hastanede yattı mı?

Hamilelik/Dogum

Komplikasyonlar oldu mu	
Alkol, uyusturucu, sigara kullandiniz mi	
Zamaninda, erken veya gec mi dogdu	
Sezeryan veya dogal dogum mu oldu	
Dogum kilosu ve boyu	

Dogumdan sonra komplikasyonlar olustumu (cok aglama, emzirmekte zorluk cekme...)

Genel gelismis asamalari

	yas	Gecikme oldu mu
Ilk kelimeler		
Ilk adimlar		
Tuvalet egitimi		
Idrar kontrolu		
Buyuk abdest kontrolu		

Anne:

Adi, Soyadi:

Yas:

Adres:

Meslek:

Tel:

Email:

Cocugun velayeti sidze mi?

Evet

Hayir

Medeni durum:

Hastaliklar:

Resim:

Cocugunuzun resmini dijital dosyası için çekmemize izin veriyormusunuz?

Evet

Hayir

Sari Untersuchungsheft yanınızda mi? Evet hayir bir sonraki randevuda getirin lütfen

Asidefteri yanınızda mi? Evet hayir bir sonraki randevuda getirin lütfen

1. Sınıftan itibaren karnelerini getirdiniz mi? Evet hayir bir sonraki randevuda getirin lütfen

Doktor, Hastane ve benzeri raporları getirdiniz mi? Evet hayir eğer varsa getirin lütfen

Getirdiniz evrakları sekreterimize verebilirsiniz, kopyaladıktan sonra size geri verecek.

Sizin acınızdan önemli olan bilgileri buraya not alabilirsiniz:

Teşekkürler



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



KJP im Rhein Main Medical Center

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

Iptal ücreti Anlasmasi

Eger randevu tarihinde gelemezseniz 24 saat öncesine kadar haber vermeniz gerekiyor.
Size verilen randevuyu 24 saat öncesi iptal etmez ve gelmezseniz iptal ücreti olarak 50 Euro ödenmesi gerekiyor. Bu ücret bir dahaki randevudan önce bize havale edilmesi gerekiyor.
Servis saatlerimizde telefonla, servis dışı saatlerinde email (info@rmmc-wiesbaden.de) veya fax (0611 45041611) ile iptal haberinizi bize bildirebilirsiniz.

Bu anlaşmayı kabul ediyorum:

Cocugun adi, soyadi:

Dogum tarihi:

Tarih ve yer:

Velinin imzasi



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 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