

Elternfragebogen

Name des Kindes: geb. am:

Anschrift:

Telefonnr.: Festnetz:

Grund der Vorstellung:

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

Wurde eine kinder- und jugendpsychiatrische Vorstellung empfohlen? Wenn ja, von wem?

.....

Aktuelle Bezugspersonen im Haushalt des Kindes:

Name der leiblichen Mutter: Sorgerecht: Ja Nein

Geb. am: Beruf:

Name des leiblichen Vaters: Sorgerecht: Ja Nein

Geb. am: Beruf:

Partnerschaft /Eheschließung seit:

Gegebenenfalls Trennung / Scheidung seit:

Gegebenenfalls Name der Stiefmutter/ des Stiefvaters/ Pflegemutter/ Pflegevaters oder des aktuellen

Vormunds: geb. am:

..... geb. am:

Falls das Sorgerecht nicht bei einem oder beiden leiblichen Elternteilen liegt, bitte hier ergänzen:

.....

Geschwister (Name, Geburtsdatum, Halb- Stief-, Pflegegeschwister):

.....

.....

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie & Psychotherapie Saarlouis

Dr. med. Thorsten Lion
Gutenbergstraße 1
66740 Saarlouis

Tel.-Nr.: 06831-9669999 E-Mail: info@kjp-sls.de
Fax-Nr.: 06831-9669996

Absagevereinbarung

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Patient*innen,

unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, wodurch Ihnen in der Regel keine bis geringe Wartezeiten entstehen. Diese diagnostischen / therapeutischen Termine werden von qualifizierten Mitarbeiter*innen durchgeführt. Diese Leistung wird normalerweise von Ihrer Krankenkasse bezahlt. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie spätestens am Vormittag des Vortages abzusagen, damit wir den Termin anderweitig vergeben können. Dazu genügt eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter oder per Mail- auch ohne Angaben von Gründen. In Fällen „höherer Gewalt“ unmittelbar vor dem Termin gilt diese Abmachung nicht.

Dies geschieht letztendlich im Sinne aller Patient*innen, um die sowieso schon langen Wartezeiten für Termine in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen nicht noch weiter zu verzögern. Termine, welche ohne Absage nicht wahrgenommen werden, werden Ihnen privat mit 30,00€ in Rechnung gestellt.

Sollten mehrere Termine ohne Absage nicht wahrgenommen werden, behalte ich mir das Recht vor, die Behandlung zu beenden.

Ich danke Ihnen für Ihr Verständnis und hoffe, dass wir von dieser Abmachung keinen Gebrauch machen müssen.

Ich habe die Absagevereinbarung gelesen sowie verstanden und stimme dieser zu.

Saarlouis, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/Patient*in

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie & Psychotherapie Saarlouis

Dr. med. Thorsten Lion

Gutenbergstraße 1

66740 Saarlouis

Tel.-Nr.: 06831-9669999 E-Mail: info@kjp-sls.de

Fax-Nr.: 06831-9669996

Einwilligungserklärung zur Diagnostik und Behandlung

Name des Kindes / Jugendlichen:

geb. am:

Hiermit erklärt sich/erklären sich die/der Sorgeberechtigte/n mit der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis Dr. med. Thorsten Lion einverstanden. Sollten sich während des Behandlungszeitraumes diesbezüglich Änderungen ergeben (aufgrund von Trennung oder Scheidung), so ist dies unaufgefordert und unverzüglich der Praxis mitzuteilen.

Wenn das Sorgerecht lediglich bei einem Elternteil liegt, ist bei Erstvorstellung ein Auszug aus dem Sorgeregister oder ein gerichtliches Dokument vorzulegen. Sollten sich hierbei Änderungen ergeben, ist dies ebenfalls der Praxis unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Wir bitten um Verständnis, dass bei Fehlen der notwendigen Dokumente oder Unterschrift beider Erziehungsberechtigter kein Termin stattfinden kann.

Datum, Unterschriften aller Erziehungsberechtigter

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie & Psychotherapie Saarlouis

Dr. med. Thorsten Lion
Gutenbergstraße 1
66740 Saarlouis

Tel.-Nr.: 06831-9669999 E-Mail: info@kjp-sls.de
Fax-Nr.: 06831-9669996

Erklärung zur Sozialpsychiatrischen Versorgung

Hiermit bestätige/n ich/wir,

dass mein/unser Kind geb. am

zurzeit **nicht** in

- Anderen sozialpsychiatrischen Praxen oder Einrichtungen
- Psychiatrischen Institutsambulanzen

Behandelt wird bzw. **keine** ambulante Richtlinienpsychotherapie in Anspruch nimmt.

Falls sich dies im Verlauf der Behandlung ändert, verpflichte/n ich mich/ wir uns dies unverzüglich der Praxis mitzuteilen.

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

- Mein Kind ist aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung bei
- Mein Kind ist zu diagnostischen Zwecken bzw. zur Behandlung zeitgleich bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz bzw. in einem SPZ angebunden. Wenn ja, wo?
- Mein Kind ist zeitgleich auch in einer anderen sozialpsychiatrischen Praxis in Behandlung. Wenn ja, wo?