



**SCHÖN
KLINIK**

Medizinisches Versorgungszentrum
Roseneck

Schön Klinik
Medizinisches
Versorgungszentrum
Roseneck
Seestraße 5a
83209 Prien am Chiemsee
T +49 8051 695-1900
F +49 8051 695-1903
ROS-MVZ-Roseneck@
schoen-klinik.de
www.schoen-klinik.de

Schön Klinik Medizinisches Versorgungszentrum Roseneck
Seestraße 5a · 83209 Prien am Chiemsee

Fachärztin für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie
Ärztliche Leitung
Dr. Figen Lund

Unser Zeichen:
Figen Lund/FG

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Damen und Herren,

um Ihr Kind bestmöglich versorgen zu können, brauchen wir vorab Ihre Mithilfe.

Bevor wir einen verbindlichen Termin anbieten, ist es wichtig, dass Sie uns den beiliegenden Anmeldebogen und die unten aufgeführten Unterlagen vollständig ausgefüllt und unterschrieben innerhalb von 14 Tagen an uns zurückschicken.

Nach Eingang Ihrer Unterlagen werden wir Sie zeitnah telefonisch kontaktieren und einen verbindlichen Termin für ein Erstgespräch vereinbaren. Aus diesem Grund ist es ganz besonders wichtig, dass Sie uns Ihre vollständigen Kontaktdaten mit E-Mail Adresse, Telefonnummer und Anschrift mitteilen.

Bitte schicken Sie zudem folgende Unterlagen mit:

- vorliegende Arztbriefe und Test-Befunde in Kopie
- bei Schulkindern die letzten beiden Zeugnisse in Kopie

Zum Termin bringen Sie bitte dann mit:

- Krankenkassen-Versichertenkarte
- das gelbe U-Heft

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und stehen Ihnen für weitere Fragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr MVZ-Team



Anmeldebogen

Name des Kindes/Jgdl.: _____
Geburtsdatum: _____
wohnhaft: _____
Telefon: _____
E-Mail-Adresse: _____

Krankenversicherung: _____
über wen ist das Kind versichert: _____
Behandelnder Kinderarzt (für den Arztbrief): _____

Name des Vaters, Geburtsjahr, _____
Beruf, Schulabschluss _____

Name der Mutter, Geburtsjahr, _____
Beruf, Schulabschluss _____

Bei getrenntlebenden Eltern:
Wo lebt das Kind: _____
Wer ist sorgeberechtigt: _____

Wenn nur ein Elternteil sorgeberechtigt ist: Bitte bringen Sie eine **schriftliche Bescheinigung** vom Jugendamt mit, dass nur Sie alleine sorgeberechtigt sind.
Bei gemeinsamem Sorgerecht bei getrenntlebenden Eltern bitte **beiliegendes Formular vom Elternteil ausfüllen und unterschreiben lassen, welcher nicht am Termin teilnehmen wird.**

Fragebogen zur Lebensgeschichte Ihres Kindes

Dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung; deshalb sollten Sie die Fragen zuhause so richtig und genau wie möglich beantworten. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich in der gleichen, streng vertraulichen Weise behandelt, wie alle Ihre anderen persönlichen Mitteilungen während Beratung und Behandlung.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Engagement für die Gesundheit Ihres Kindes!

Bitte beantworten Sie bitte die folgenden Fragen (Zutreffendes unterstreichen):



Schwangerschaft: geplant / nicht geplant, komplikationslos / Komplikationen, z.B. hoher Blutdruck, Diabetes, Blutungen, drohende Fehlgeburt, Infektionskrankheiten, Medikamenteneinnahme, Sonstiges und zwar:

Geburt:

Schwangerschaftswoche: _____ Geburtsgewicht: _____ -Länge: _____

APGAR: _____

Geburtsverlauf: normal Saugglocke Kaiserschnitt Zange komplikationslos

Komplikationen, und zwar: _____

Stillen: ja/nein _____ Monate

Entwicklung:

frei Laufen: mit _____ Monaten

Sprechen: mit _____ Monaten

Gab oder gibt es Auffälligkeiten/Probleme

- in der **Sprachentwicklung**?: nein ja, und zwar: _____

- beim **Hören**? (z.B. Mittelohrentzündung, Röhrrchen): nein ja, und

zwar: _____

- beim **Sehen**? (z.B. Brille): nein ja, und zwar: _____

- bei der **Sauberkeitserziehung**? nein ja, und zwar: _____

- bei **motorischen Entwicklung**? nein ja, und zwar: _____

Vorerkrankungen des Kindes

- Kinderkrankheiten: _____
 - Unfälle (welcher Art, wann?): _____
 - Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?): _____
-
-



Letzte Vorstellung beim Kinderarzt: wann? _____ weswegen _____

Allergien/Unverträglichkeiten?: nein - ja, und zwar: _____

Gab oder gibt es **Behandlungen** durch Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie,
Logopädie o.ä.? Name wann?

nein - ja, und zwar: _____

Nimmt Ihr Kind zur Zeit **Medikamente** ein und wenn ja, welche? _____

Kindergarten- und Schulbesuch

Wird/wurde Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtungen betreut (zutreffendes bitte unterstreichen)?: Krippe, Krabbelstube, Kindergarten, Kinderhort, Sonderkindergarten, unbekannt,

andere: _____

Besuch von _____ bis _____ (Datum) Alter bei Eintritt: _____

Name der Einrichtung

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung und wenn ja, welche:

Alter bei Einschulung: _____ Einschulung in welche Schule: _____

Welche Schulform/Ausbildung besucht Ihr Kind **zurzeit**? _____

_____ Klassenstufe: _____

Gibt/gab es Schulwechsel, Wiederholungen, Probleme beim Besuch der Grundschule oder weiterführenden Schule und wenn ja, welche:

Schul-/Ausbildungsbesuch (bitte zutreffendes unterstreichen): regelrecht, einmal wiederholt, mehrmals wiederholt, umgeschult, Wiederholung und Umschulung, Abbruch.



Lebens- und Wohnsituation des Kindes

1. Leben beide leiblichen Elternteile (zutreffendes bitte unterstreichen)? Beide leben, Vater gestorben, unbekannt hinsichtlich Vater, Mutter gestorben, unbekannt hinsichtlich Mutter, beide gestorben, unbekannt hinsichtlich beider Eltern.
2. Beziehungsstatus der leiblichen Eltern (zutreffendes bitte unterstreichen): Leben zusammen, getrennt/geschieden, durch den Tod getrennt, haben nie zusammengelebt.
3. Derzeitige Wohnsituation: Das Kind wohnt zur Zeit mit ... (zutreffendes bitte unterstreichen):
leiblicher **Mutter**, Stiefmutter, Adoptivmutter, Pflegemutter, Großmutter, sonstiger Ersatzmutter, keiner Mutter,
leiblichem **Vater**, Stiefvater, Adoptivvater, Pflegevater, Großvater, sonstiger Ersatzvater, keinem Vater,
leiblichen **Geschwistern**, Stiefgeschwistern, Adoptivgeschwistern, sonstige Ersatzgeschwistern, keinen Geschwistern.
4. Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie (bitte eintragen):
5. Stellung in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie (zutreffende bitte unterstreichen):
Einzelkind, jüngstes Kind, mittleres Kind, ältestes Kind, lebt nicht in einer Familie.

Leibliche Geschwister (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

Name, Vorname geboren am Schule/Beruf ggf. bes. Probleme/Erkr.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



Gibt es oder gab es besondere Belastungen in der Familie (dauernde Konflikte, körperliche oder seelische Erkrankungen, ...):

Was ist der **Anlass der Vorstellung** in unserem medizinischen Versorgungszentrum:

Wer hat Ihnen die Vorstellung bei uns empfohlen?

Findet zurzeit eine Behandlung in einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie, einem sozialpädiatrischen Zentrum oder einer der Institutsambulanzen der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie statt?

nein - ja, und zwar: _____

Wann waren Sie zuletzt dort vorstellig? _____



**SCHÖN
KLINIK**

Medizinisches Versorgungszentrum
Roseneck

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Vorstellung von meiner
Tochter/meinem Sohn _____ im Medizinischen
Versorgungszentrum Schön Klinik Roseneck**

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

Psychische Symptome oder Beschwerden können auch durch körperliche Erkrankungen verursacht sein. Falls noch nicht geschehen, stellen sie ihr Kind deshalb bitte auch zum Ausschluss einer körperlichen Erkrankung (z.B. Schilddrüsenfunktionsstörung) bei ihrem Kinderarzt vor!



Einverständnis-Erklärung
des getrenntlebenden sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

- mein Sohn meine Tochter

wohnhaft: _____

im Medizinischen Versorgungszentrum Schön Klinik Roseneck

durch Frau Dr. med. F. Lund

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

untersucht und behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich

- die Mutter (Name: _____)
 den Vater (Name: _____)

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtsentbindungen vorzunehmen.

(Unterschrift Sorgeberechtigte/r)

Name des/der Unterzeichnenden: _____

(getrenntlebenden sorgeberechtigten Elternteils)

Anschrift des/der Unterzeichnenden: _____

(Straße, PLZ, Ort): _____

Telefonnummer des/der Unterzeichnenden: _____



Zusätzliche Vereinbarung ambulante Behandlung

Wir nehmen uns für die Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes Zeit, die wir **nicht** anderweitig verplanen. Unsere Kinder- und Jugendpsychiatrische Sprechstunde läuft **nach Vereinbarung**. Wir bieten keine Akut-Sprechstunden in der KJP an.

Deshalb eine dringende Bitte: Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, setzen Sie sich bitte so früh wie möglich mit uns in Verbindung und vereinbaren mit uns einen neuen Termin. Bei kurzfristigen Absagen (weniger als 24 Stunden vor dem Termin) und bei Nicht-Erscheinen zum vereinbarten Termin sehen wir uns leider gezwungen Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von

50,00 Euro

in Rechnung zu stellen.

Bitte schicken Sie uns daher zusammen mit dem ausgefüllten Anamnesebogen die folgende Erklärung unterschrieben zurück:

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich den vereinbarten Behandlungstermin für meine Tochter/mein Sohn _____ nicht wahrnehmen kann, diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen muss. Ich bin darüber informiert worden, dass mir für jeden nicht rechtzeitig abgesagten und nicht wahrgenommenen Termin ohne ausreichende Entschuldigung ein Ausfallhonorar in Höhe von

50,00 Euro

durch das Schön Klinik MVZ Roseneck in Rechnung gestellt wird. Dieser Betrag muss von mir selbst bezahlt werden, ohne dass eine Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenkasse oder eine private Krankenversicherung besteht.

Mit dieser Regelung bin ich einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

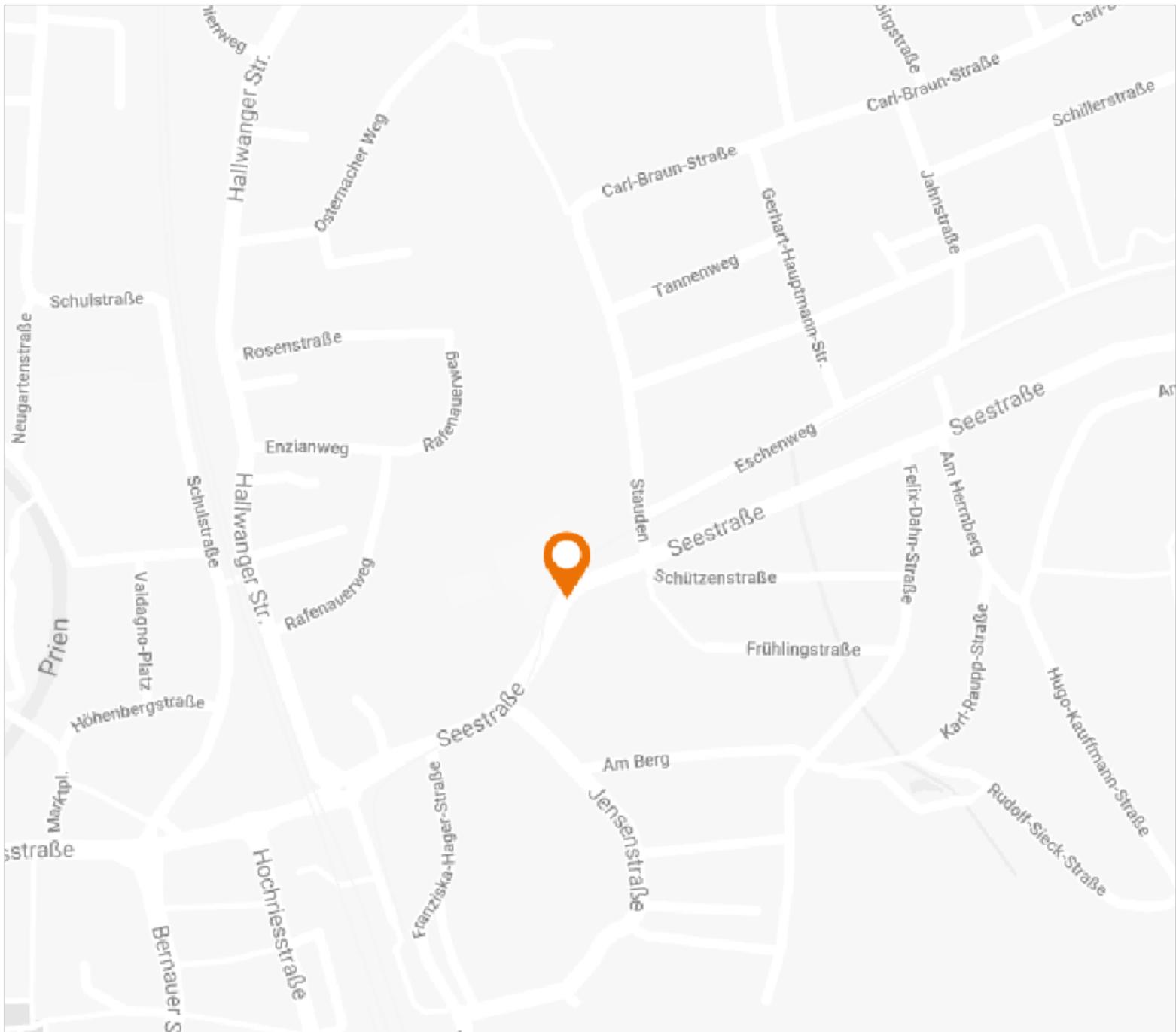


SCHÖN KLINIK

Medizinisches Versorgungszentrum
Roseneck

So finden Sie uns:

Schön Klinik Medizinisches Versorgungszentrum Roseneck
Seestraße 5a
83209 Prien am Chiemsee



Das Gebäude befindet sich an einem Minikreisel in der Ortsmitte.

Der Eingang befindet sich im Westen und die Behandlungsräume sind im 2. Stock des Gebäudes.