



Sozialpsychiatrische Gemeinschaftspraxis
Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie

Klaus Jordan
Stefan Schreiber
Dr. med. Marit Vogler R. dos Santos

Sozialpsychiatrische Gemeinschaftspraxis · Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Jordan, Schreiber, dos Santos · D 44319 Dortmund, Asselner Hellweg 185

Gemeinschaftspraxis
K. Jordan, S. Schreiber,
Dr. med. M. Vogler R. dos Santos
Asselner Hellweg 185
44319 Dortmund

Praxis Dortmund-Asseln
44319 Dortmund-Asseln
Asselner Hellweg 185
Tel. 0231 39 58 675
Fax 0231 39 58 676

Praxis Dortmund-Gartenstadt
44141 Dortmund-Gartenstadt
Brockhausweg 13
Tel. 0231 28 65 830
Fax 0231 28 65 8311

info@gemeinschaftspraxis-jsd.de
www.gemeinschaftspraxis-jsd.de

Fragebogen zum Erstgespräch/Seite 1 v. 3

Sehr geehrte Eltern!

Um unser erstes Gespräch besser vorbereiten zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung untenstehender Fragen – Bitte auch Rückseite beachten und lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen. Danke. –
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Name des Kindes:		
Nachname:	Vorname:	Geb.:
Adresse:		Tel.:
		Mobil:
Name des Haus- oder Kinderarztes:		Tel.:
Anschrift:		
Krankenkasse:	versichert durch:	
Geb.-Datum des Versicherten:	Arbeitgeber:	
Name der Mutter:	Alter:	Beruf:
Adresse:		Tel.:
Name des Vaters:	Alter:	Beruf:
Adresse:		Tel.:
Name der <input type="checkbox"/> Stief- <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegemutter:	Alter:	Beruf:
Adresse:		Tel.:
Name des <input type="checkbox"/> Stief- <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegevaters:	Alter:	Beruf:
Adresse:		Tel.:
Geschwister Name:	Alter:	
	Alter:	



Fragebogen zum Erstgespräch/Seite 2 v. 3

Name | Adresse des Kindergartens bzw. der Schule:

_____ Tel: _____

Kindergartenbesuch vom: _____ bis: _____ Lebensjahr

Name Klassenlehrer/in: _____ Klasse: _____ ggf. Tel: _____

Schwere Erkrankungen (Krankenhausaufenthalte, Operationen, EEG, CT):

Werden momentan Medikamente verabreicht, wenn ja, welche:

An welche Einrichtungen (Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, weitere Ärzte, etc.) haben Sie sich bisher gewandt?:

Befinden Sie sich derzeit in einer kinder-/jugendpsychiatrischen oder sozialpsychiatrischen Behandlung?

Hat es bereits eine Vorstellung in einem unserer Praxisstandorte gegeben? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Nein Ja Praxisstandort Do-Asseln Ja Praxisstandort Do-Gartenstadt

Aus welchem Grund soll Ihr Kind bei uns untersucht werden, bzw. sind Sie zu uns gekommen:

Datum/Unterschrift aller Sorgeberechtigten als Einverständniserklärung zur Durchführung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung in der genannten Praxis. Diese ist/sind aufgrund der aktuellen Rechtslage erforderlich.
Mit der Unterschrift stimme ich auch der Vereinbarung bzw. Ausfallsregelung zu (Seite 3).

allein sorgeberechtigt

gemeinsames Sorgerecht

Datum/Unterschrift

Datum/Unterschrift



Vereinbarung zwischen Gemeinschaftspraxis Jordan, Schreiber, Dr. Vogler R. dos Santos
und den Sorgeberechtigten oder Bezugspersonen von:

Name des Patienten/der Patientin: _____

geb. am: _____

ggf. abweichende Anschrift: _____

Fest mit Ihnen und Ihrem Kind vereinbarte Termine halten wir verbindlich für Sie frei. Es warten sehr viele Kinder auf Termine. Wenn Sie nicht erscheinen, ohne sich rechtzeitig abzumelden, können wir kurzfristig niemanden ersatzweise einbestellen, in der frei gehaltenen Zeit keine Patienten versorgen.

Wir bitten Sie daher als die unterzeichnenden Sorgeberechtigten bzw. Bezugspersonen, bzw. als volljähriger, selbstunterzeichnender Patient oder volljährige, selbstunterzeichnende Patientin, die Verantwortung für die Einhaltung der vereinbarten Termine zu übernehmen und Termine spätestens einen Praxisarbeitstag vor dem entsprechenden Termin zu unseren Praxissprechzeiten abzusagen.

Bei späterer Absage oder Nicht-Erscheinen erklären Sie sich damit einverstanden, eine Ausfallgebühr zu zahlen von:

EUR 50,00 pro Termin (GOÄ Ziffer 886, 1,23-facher Satz) bei Gesprächsterminen/Testungen in unserer Praxis

EUR 20,00 pro Termin (GOÄ-Ziffer 887, 1,72-facher Satz) bei Terminen zu einer Therapiegruppe

Um uns zu Gunsten unserer Patienten von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten, haben wir die Abrechnung dieser Forderung der Privatärztlichen Verrechnungsstelle, PVS Unna, übertragen. Für die Rechnungserstellung benötigt die PVS neben Namen, Anschrift, Geburtsdatum, die Behandlungstage, die erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung und die dazugehörigen Diagnosen. Alle diese Daten werden von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle in Unna vertraulich bearbeitet, da die Mitarbeiter der Schweigepflicht gemäß § 203 STGB und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes unterliegen.

Mit der Weitergabe der oben genannten Daten für diese und zukünftige Behandlungen an die PVS, sowie mit der Geltendmachung des Rechnungsbetrages erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten
des Patienten/der Patientin