



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 44141 Dortmund, Brockhausweg 13

Gemeinschaftspraxis  
K. Jordan, S. Schreiber,  
Dr. med. M. Vogler R. dos Santos  
Brockhausweg 13  
44141 Dortmund

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

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

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