

Einverständniserklärung der Eltern zur Vorstellung / Behandlung ihres Kindes in der KJP-Praxis Mani Sina

Hiermit erkläre ich mich mit der Vorstellung / Behandlung
meines Kindes

geb. am _____, in der hiesigen Praxis einverstanden.

Vor- und Nachname (Mutter)

Vor- und Nachname (Vater)

Sorgerechtsangabe:

- Die oben angegebenen Personen haben das gemeinsame Sorgerecht
- Das alleinige Sorgerecht liegt bei der Mutter
- Das alleinige Sorgerecht liegt beim Vater
- Sonstige Regelungen:

Das alleinige Sorgerecht liegt bei folgender Einrichtung:

Das alleinige Sorgerecht liegt bei folgender Person:

Ich versichere, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben und verpflichte mich, jede Abweichung unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift
(Erziehungsberechtigte Mutter)

Unterschrift
(Erziehungsberechtigter Vater)

Vereinbarung zur Teilnahme an den mit der KJP-Praxis Mani Sina vereinbarten Terminen

Name des Sorgeberechtigten: _____

1. Terminvereinbarung:

Hiermit erkläre ich als Sorgeberechtigter meine/unsere/meines Kindes die verbindliche Teilnahme an den mit der Praxis vereinbarten Terminen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die vereinbarten Termine für mich/mein Kind allein reserviert werden und dass der Praxis bei Nichteinhaltung ein großer organisatorischer Aufwand sowie Entgelteinbußen entstehen.

Daher erkläre ich mich mit folgender Regelung einverstanden:

Sollte ich/mein Kind einen Termin nicht wahrnehmen können, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen. Hierzu kann jederzeit eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter der Praxis hinterlassen werden.

Ich erkenne an, dass, falls ich dieser Regelung nicht nachkomme, Ausfallgebühren in Höhe von **40.- Euro pro Termin** erhoben werden und ggf. alle weiteren vereinbarten Gespräche abgesagt werden können. In Ausnahmefällen, bspw. bei kurzfristiger Erkrankung, kann eine Terminabsage über einen kürzeren Zeitraum notwendig werden. Ich verpflichte mich in diesem Fall, die Terminabsage so früh wie möglich vorzunehmen.

2. Haftungsausschluss:

Ich entbinde die Praxis von der Haftung über die persönlichen Gegenstände (Kleidung, Handy etc.) meines Kindes/mir/uns. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass bei Beschädigung oder Verlust kein Anspruch an die Praxis gestellt werden kann.

3. Kostenübernahme bei Nicht-Vorlage der Krankenversichertenkarte:

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die Behandlung als Privatbehandlung zu zahlen habe, sofern ich nicht innerhalb von 10 Tagen die gültige elektronische Versichertenkarte meines Kindes oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis nachreiche. Die Rechnung wird dann auf der Grundlage der GOÄ erstellt. Ein Nachreichen der elektronischen Gesundheitskarte oder eines anderen gültigen Anspruchsnachweises ist bis zum Ende des laufenden Quartals möglich. In diesem Fall erfolgt eine Rückerstattung der von mir geleisteten Vergütung. (§ 18 Abs. 8 S. 3 Nr. 1 und Abs. 9 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Hiermit erkenne ich Punkt 1., Punkt 2. und Punkt 3. an und stimme zu:

Datum

Unterschrift

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung der KJP-Praxis Mani Sina

Name, Vorname (Patient¹): _____
(ggf. Geburtsname, früherer Name)

geb. am: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Name, Vorname (Vertreter): _____

Name, Vorname (Vertreter): _____

Art der Behandlung: ärztlich-therapeutische Behandlung

Beginn der Behandlung: ab sofort/mit dem ersten Kontakt zur Praxis

1. Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Die KJP-Praxis Mani Sina verarbeitet im Rahmen der von mir/uns in Vollmacht des Patienten beauftragten Behandlung gesundheits- und sonstige personenbezogene Daten des Patienten und solche der unterzeichnenden Vertreter, soweit dies für die Durchführung der Behandlung notwendig ist. Die Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung der genannten Daten ergeben sich aus der DSGVO (Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung - DSGVO), insbesondere § 9 lit. h) und dem BDSH (neu), insbesondere § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG (neu).

Ich gebe freiwillig die nachstehend von mir angekreuzten Erklärungen ab. Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, meine nachstehend abgegebenen Erklärungen gegenüber der Praxis jederzeit für die Zukunft zu widerrufen. Mir ist auch bekannt, dass die bis zu einem Widerruf aufgrund meiner Einwilligung erfolgte Verarbeitung rechtmäßig bleibt, wenn ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen sollte. Bei einem Widerruf kann die Behandlung nicht fortgesetzt werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis die personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten verarbeitet, bei den weiter unten aufgeführten Personen und Stellen (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Sozialversicherungsträgern, Behörden, Gerichten) Unterlagen, die mit der Behandlung im Zusammenhang stehen, anfordert, übermittelt und verwertet. Ich entbinde die Praxis und die aufgeführten Personen und Stellen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Sollte im Verlaufe der Behandlung die Beziehung ergänzender Behandlungsunterlagen bei weiteren Personen oder Stellen notwendig werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis auch diese Unterlagen anfordert und für die Behandlung verwertet. Ich entbinde die entsprechenden Personen und Stellen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

¹ Soweit nachfolgend von „Patient“ gesprochen wird, gilt diese Bezeichnung aus Gründen der Übersichtlichkeit sowohl für die männliche als auch die weibliche Person oder sonstige Drittgeschlechtliche.

2. Weitergabe von Daten an benannte Dritte

Sie können als Patient/in Vollmacht des Patienten weitere (ggf. vertretungsberechtigte) Dritte benennen, denen wir die Daten und Informationen aus und zur Behandlung übermitteln.

Weitere (vertretungsberechtigte) Personen (bspw. Großeltern, gesetzliche Vertreter):

Name, Vorname: _____
(ggf. Geburtsname, früherer Name)

geb. am: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Name, Vorname: _____
(ggf. Geburtsname, früherer Name)

geb. am: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ich gebe freiwillig die nachstehend von mir angekreuzten Erklärungen ab. Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, meine nachstehend abgegebenen Erklärungen gegenüber der Praxis jederzeit für die Zukunft zu widerrufen. Mir ist auch bekannt, dass die bis zu einem Widerruf aufgrund meiner Einwilligung erfolgte Verarbeitung rechtmäßig bleibt, wenn ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen sollte.

(Zutreffendes bitte in dem Kästchen vor dem nachfolgenden Text ankreuzen; nicht angekreuzte Erklärungen gelten als nicht abgegeben).

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Praxis meine zum Zwecke der Behandlung verarbeiteten Gesundheitsdaten direkt an den/die vertretungsberechtigten Dritten und **die benannten sonstigen Dritten (siehe unten!)** übermittelt und dass diese von dem vertretungsberechtigten Dritten verarbeitet werden. Insoweit entbinde ich die Praxis von ihrer Schweigepflicht.

Datum, Ort

Unterschrift
als Patient/Patientin, als gesetzl. Vertreter/ Vertreterin, als
Bevollmächtigter/ Bevollmächtigte

Einwilligungserklärung im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung der EU

1. Mit dieser Einwilligungserklärung erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass die KJP-Praxis Mani Sina Ihre personenbezogenen Daten bzw. die Ihres Kindes verarbeiten darf.
2. Personenbezogene Daten sind Informationen, die dazu genutzt werden können, persönliche oder sachliche Verhältnisse über Sie zu erfahren (z.B. Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum oder E-Mail-Adresse). Informationen, bei denen wir keinen (oder nur mit einem unverhältnismäßigen Aufwand) Bezug zu Ihrer Person herstellen können, z.B. durch Anonymisierung der Informationen, sind keine personenbezogenen Daten.
3. Die Verarbeitung Ihrer Daten ist notwendig für die Vorstellung, Diagnostik, Beratung und Behandlung in unserer Praxis. Ihre Daten werden ausschließlich für diesen Zweck verarbeitet. Zur Erreichung des Verarbeitungszweckes verarbeiten wir die folgenden personenbezogenen Daten:
 - alle Daten, die die Krankenkassen uns auf der Krankenversichertenkarte zur Verfügung stellen
 - alle Daten, die im Rahmen der Vorstellung, Diagnostik, Beratung und Behandlung erstellt und erfasst werden
 - alle Daten, die Sie im Rahmen von Einverständniserklärungen, Elternfragebögen etc. bei uns angeben
 - alle Daten, die Sie uns bzgl. weiterer Ansprechpartner, die für unsere Arbeit wichtig sind, nennen (wir müssen davon ausgehen dürfen, dass diese Personen eingewilligt haben, dass Sie deren Daten an uns weitergeben – bitte stellen Sie dies sicher)
4. Es unterliegt Ihrer freien Entscheidung, ob Sie uns diese Daten mitteilen. Bitte seien Sie versichert, dass wir diese Daten zur bestmöglichen Diagnostik, Beratung und Behandlung unserer Patienten zwingend benötigen.
5. Sie haben jederzeit das Recht Ihre Einwilligung zu der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gemäß Artikel 21 Absatz 4 DSGVO zu widerrufen und zu verlangen, dass Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeitet werden.
Teilen Sie uns dies bitte schriftlich mit. Anmerkung: eine weitere Behandlung ist leider nicht möglich, wenn wir die Daten nicht nutzen dürfen!
Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass auch in Anwesenheit weiterer Patienten*Innen und/oder Mitarbeitern*Innen der KJP-Praxis Mani Sina zum Aufruf im Wartezimmer oder zur Ansprache in allgemeinen Räumlichkeiten der Praxis einschließlich der Flure und bei Telefonaten die Angestellten oder Inhaber der Praxis mich namentlich ansprechen, hierbei entweder mit dem Vor- oder dem Nachnamen, wobei mir bewusst ist, dass diese hierbei gleichzeitig auch durch anwesende Dritte zur Kenntnis genommen werden können. Die Einwilligungserklärung gilt auch ausdrücklich für den Vor- und Nachnamen oder gegebenenfalls einen Spitznamen meines Kindes, für die ich dies als Erziehungsberechtigte*r erkläre.
Die Einwilligung ist jederzeit für die Zukunft widerruflich. Der Widerruf kann formfrei erfolgen.

Name des Kindes in Druckbuchstaben: _____

Datum

Unterschrift

Elternfragebogen (KiGA)

Liebe Eltern,
für die Behandlung Ihres Kindes ist eine Vielzahl von Informationen notwendig. Wir bitten Sie daher, alle Fragen sorgfältig zu beantworten.

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt!

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Bitte bringen Sie den Fragebogen am ____ / ____ / 20__ um ____:____ Uhr zum Gesprächstermin mit.

Ausgefüllt am: ____ / ____ / 20__

Name des Kindes: _____
Geburtsdatum: ____ / ____ / 20__ Alter: _____ Jahre
Geburtsort: _____
Geschlecht: weiblich männlich
Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____
Nationalität: _____
Kindergarten: _____
Überwiesen von: _____
Hausarzt/Kinderarzt: _____

I. Familie

1. Mutter des Kindes

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Alter: _____ Jahre
Ausgeübter Beruf: _____
Arbeitszeit: _____

2. Vater des Kindes

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Alter: _____ Jahre
Ausgeübter Beruf: _____
Arbeitszeit: _____

3. Familienverhältnisse

Lebt das Kind mit den leiblichen Eltern zusammen? ja nein
Wenn nein, mit wem sonst und seit wann?

Lebt sonst noch jemand mit im Haushalt? ja nein
Wenn ja, wer? (z.B. Großeltern, andere Verwandte)

Sind die Eltern des Kindes

- - verheiratet? ja, seit: _____ nein
 - - getrennt lebend // geschieden? ja, seit: _____ nein
 - - verstorben? ja, seit: _____ nein
 - - wieder verheiratet? ja, seit: _____ nein
- Falls ja: Mutter seit _____
Vater seit _____

4. Erkrankungen in der Familie

Liegen bei Eltern, Großeltern, Geschwistern oder anderen Verwandten besondere Erkrankungen vor? ja nein

Falls ja, welche:

- seelische Erkrankungen, Selbstmordversuch, Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit,
 ambulante oder stationäre nervenärztliche Behandlungen, Sonstige: _____

5. Geschwister / Halbgeschwister / Stiefgeschwister:

(bei Stief-/Halbgeschwistern schreiben sie bitte ein „S“/„H“ nach dem Vornamen).

Vorname	Alter	wohnt zuhause
1. _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Wohn- und Lebensverhältnisse

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? ja nein
Falls nein, wo schläft das Kind? _____

II. Schwangerschaft und Geburt

Traten bei der Mutter während der Schwangerschaft und Geburt besondere Komplikationen oder Erkrankungen auf? ja nein

Falls ja, welche: _____

Geburtsgewicht und Größe des Kindes: _____ g _____ cm

Hat die Mutter während der Schwangerschaft

- Medikamente (z.B. Schmerzmittel) eingenommen? ja nein
- Alkohol getrunken? ja nein
- Geraucht? (falls ja, wie viel: _____ pro Tag) ja nein

Traten bei der Mutter während der Schwangerschaft seelische Belastungen oder Konflikte auf?

Falls ja, welche: _____

War die Befindlichkeit der Mutter

nach der Geburt gestört? ja nein

Falls ja, welche: Überforderung, Erschöpfung, Angst, sonstiges: _____

III. Entwicklung des Kindes

1. Frühkindliche Entwicklung

Traten im ersten Lebensjahr Komplikationen, Krankheiten oder Besonderheiten auf? ja nein

Falls ja, welche: _____

2. Körperliche Entwicklung

Gab es Besonderheiten in der körperlichen Entwicklung? ja nein

Falls ja, welche: _____

3. Sprachentwicklung

Gab es Besonderheiten in der Sprachentwicklung? ja nein

Falls ja, welche: _____

Wird das Kind zweisprachig erzogen? ja nein

Falls ja, welche Sprachen: _____

In welcher Sprache unterhalten Sie sich mit dem Kind zu Hause hauptsächlich?

Deutsch

andere Sprache: _____

4. Sauberkeitsentwicklung

Gab es Besonderheiten in der Sauberkeitsentwicklung? ja nein

Falls ja, welche: _____

5. Krankheiten

Liegen schwerwiegende Krankheiten vor? ja nein

Falls ja, welche: _____

Wurde das Kind schon einmal stationär behandelt? ja nein

Falls ja, wo, wann, wie lange: _____

Bekam das Kind längere Zeit Medikamente? ja nein

Falls ja, welche, warum und wie lange: _____

6. Bisherige medizinische Behandlungen

Wann war das Kind zuletzt beim Augenarzt? Am ____ / ____ / 20____

Wurde dem Kind eine Brille verordnet? ja nein

Wann war das Kind zuletzt beim HNO-Arzt? Am ____ / ____ / 20____

Benötigt das Kind ein Hörgerät? ja nein

7. Auffälligkeiten

Wurden bei Ihrem Kind folgende Auffälligkeiten beobachtet?

(Zutreffendes bitte ankreuzen und Alter beim ersten Auftreten angeben)

- Daumenlutschen mit ____ Jahren
- Nägelkauen mit ____ Jahren
- Einnässen mit ____ Jahren
- Einkoten mit ____ Jahren
- Essstörungen mit ____ Jahren
- Schlafstörungen mit ____ Jahren
- Nächtliches Aufschrecken mit ____ Jahren
- Traurigkeit und Weinen mit ____ Jahren
- Kopfschmerzen mit ____ Jahren
- Bauchschmerzen, Erbrechen mit ____ Jahren
- Ruckartige Körperbewegungen mit ____ Jahren
- Geräusche von sich geben mit ____ Jahren
- Lese-Rechtschreibauffälligkeiten mit ____ Jahren
- Rechenauffälligkeiten mit ____ Jahren
- Starker Trotz mit ____ Jahren
- Kann sich nicht (gut) an Regeln halten mit ____ Jahren
- Sachzerstörungen mit ____ Jahren

- Körperliche Gewalttätigkeit mit ____ Jahren
- Körperliche Unruhe mit ____ Jahren
- Konzentrationsstörungen mit ____ Jahren
- Zündeln mit ____ Jahren
- Immer im Mittelpunkt stehen wollen mit ____ Jahren
- Stehlen mit ____ Jahren
- Aufmerksamkeitsauffälligkeiten mit ____ Jahren
- Sonstiges: _____ mit ____ Jahren

IV. Kindergarten und Schule

1. Kindergarten

Besucht das Kind eine / n

Krippe / Kindergarten / Tagesstätte?

ja

nein

Falls ja, halbtags oder ganztags? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Wurden von den Betreuern auffällige Verhaltensweisen des Kindes berichtet?

ja

nein

Falls ja, welche:

2. Schule

Wann wird das Kind eingeschult?

Am ____ / ____ / 20 ____

V. Beziehungen zu anderen Personen

1. Verhältnis zu Eltern und Geschwistern

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Mutter?

Skala 0 - 10 → 0 für „sehr schlecht“ bis 10 für „sehr gut“:

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Vater?

Skala 0 - 10 → 0 für „sehr schlecht“ bis 10 für „sehr gut“:

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Geschwistern?

Skala 0 - 10 → 0 für „sehr schlecht“ bis 10 für „sehr gut“:

2. Verhältnis zu anderen Personen

Spielt das Kind lieber für sich allein / mit jüngeren Kindern / mit älteren Kindern / Gleichaltrigen / Erwachsenen? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Hat es Freunde/Freundinnen, mit denen es

sich regelmäßig trifft?

ja

nein

Wo trifft es sich im Allgemeinen mit seinen Freunden / Freundinnen?

VI. Erziehung

Hat Ihr Kind regelmäßig Pflichten?

ja

nein

Falls ja, welche?

Wieviel Taschengeld bekommt Ihr Kind?

Pro Woche _____ Euro

Wer erzieht das Kind vorwiegend?

Sind Sie sich bei Erziehungsmaßnahmen einig?

ja

nein

Bei Scheidung oder Trennung der Eltern:

Bei wem lebt das Kind überwiegend?

Wie häufig hat es Kontakt zum anderen Elternteil (Besuchsregelung)?

VII. Medienkonsum

Besitzt Ihr Kind ein Handy? ja nein

Besitzt Ihr Kind einen eigenen Fernseher in seinem Zimmer? ja nein

Wie häufig darf das Kind fernsehen?

täglich alle 2- 3 Tage nur am Wochenende nur als Belohnung

sonstiges: _____

Wieviel Stunden am Tag darf das Kind fernsehen? ca. _____ Minuten

Besitzt Ihr Kind einen PC / Playstation etc.? ja nein

Hat Ihr Kind uneingeschränkten Zugang zum Internet? ja nein

Wieviel Zeit verbringt das Kind tägl. am PC / Playstation? ca. _____ Minuten

VIII. Interessen und Stärken

Welche besonderen Interessen, Vorlieben oder Hobbys hat das Kind?

Ist es in einem Verein oder einer Freizeitgruppe? ja nein

Welche Stärken hat Ihr Kind?

Nennen Sie drei positive Eigenschaften Ihres Kindes:

1) _____

2) _____

3) _____

IX. Problemverhalten

Welche Probleme treten im Alltag mit Ihrem Kind auf?

Welche Ursachen vermuten Sie?

Wurde das Kind wegen des Problems schon einmal einer anderen Stelle vorgestellt? ja nein

Falls ja, wo und wann? (Falls Berichte/Ergebnisse/Briefe etc. vorliegen bitte eine Kopie mitbringen)

Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Behandlung Ihres Kindes?
