

klemer slomka
Sozialpsychiatrische Praxis für Kinder und Jugendliche
Personalbogen

Kind / Jugendlicher:

Name: geb. am:

in: Staatsangehörigkeit: Konfession:

Sorgerecht bei: Mutter Vater Beide

Adresse: PLZ:

Telefon: E-Mail:

Schulart und Klasse:

Krankenkasse: Mit wem versichert:

Geschwister :

Kinder- oder Hausarzt:

Mit der Übermittlung des Berichtes an den zuweisenden Kinder- oder Hausarzt bin ich einverstanden:

JA NEIN

Leibliche Mutter:

Name:

geb.am:

Staatsangehörigkeit/
Konfession:

Adresse:

Telefon:

Beruf:

Schulabschluss:

Leiblicher Vater

Name:

geb. am:

Staatsangehörigkeit/
Konfession:

Adresse:

Telefon:

Beruf:

Schulabschluss:

Stief-/Adoptiv-/Pflege-Mutter

Name:

geb.am:

Staatsangehörigkeit/
Konfession:

Adresse:

Telefon:

Beruf:

Schulabschluss:

Stief-/Adoptiv-/Pflege-Vater

Name:

geb. am:

Staatsangehörigkeit/
Konfession:

Adresse:

Telefon:

Beruf:

Schulabschluss:

Anmeldung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung

Kind / Jugendlicher:

Name: geb. am:

Wurde mit dem Kind/Jugendlichen wegen der jetzigen oder anderer Probleme schon einmal eine andere Stelle aufgesucht (Erziehungsberatung, Arzt, Heilpraktiker, psychologische Praxis, Klinik, o.ä.) ?

Wenn ja:

Wann:

Wo:

Weswegen:

Ist Ihr Kind aktuell noch in Behandlung?

Wenn ja:

Wo:

Weswegen:

Schildern Sie bitte **kurz** die aktuellen **Sorgen bzw. Probleme**, in welchen Bereichen und seit wann sie bestehen:

.....
.....

Der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen.

Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig bis zu der vorgenannten Frist oder kann der Termin wegen zu großer Verspätung nicht mehr durchgeführt werden, stellen wir dem Patienten die ausgefallene Stunde, entsprechend GOÄ/EBM, als Ausfallhonorar privat in Rechnung. Die Kosten übernimmt in diesem Fall nicht die Krankenversicherung. Falls der Termin anderweitig vergeben werden kann, entfällt das Ausfallhonorar.

Datenschutz:

Die Daten, die Sie uns zusenden, geben wir nicht an Dritte weiter und verwenden wir nur für den vorgesehenen Zweck und werden entsprechend den jeweils geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes, des Teledienst Datenschutzes und des Telekommunikationsgesetzes zum Schutz personenbezogener Daten genutzt. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb unserer Praxis findet nicht statt.

Ja, ich habe den **Datenschutzhinweis** gelesen und akzeptiere diesen hiermit.

Ich erkläre mich mit der Untersuchung und Behandlung mit in der Sozialpsychiatrischen Praxis für Kinder und Jugendliche Klenner-Slomka einverstanden.

Datum: Unterschrift (Sorgeberechtigter):

klenner.slomka Adenaueralle 32 • 61440 Oberursel

Einverständniserklärung zur
unverschlüsselten Übersendung von Unterlagen oder Nachrichten per E-Mail

Betrifft mein Kind _____

Ich, _____
(Name des Sorgeberechtigten)

erkläre mich damit einverstanden, dass die **Sozialpsychiatrische Praxis Klenner .Slomka** mir

- *Terminabsprachen*
- *Arztbriefe*
- *Informationen zur Medikamentengabe*

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

auch per Email zur Kenntnisnahme übersendet.

Meine hierfür zu verwendende Email-Adresse lautet:

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass diese Emails unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt werden.

Ich kann mein Einverständnis zur unverschlüsselten Übersendung von Unterlagen per Email jederzeit schriftlich oder per Email widerrufen.

Ort, Datum:..... Unterschrift:.....



Katrin Klenner • Dr.med.Petrissa Slomka

Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie • Diagnostik • Einzel- und Gruppentherapie • Gutachten • Beratung

Adenaueralle 32 • 61440 Oberursel • Tel.: 06171 - 919 4400 • Fax 06171 - 919 4401 • info@klenner-slomka.de • www.klenner-slomka.de

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank: Kontonummer 2 047 772 BLZ 300 606 01

Einverständniserklärung für Fotografien

In unserer Praxis sollen zu therapeutischen Zwecken und zur Dokumentation der Behandlung Bildaufnahmen angefertigt werden. Die Aufnahmen sind nicht für die Öffentlichkeit bestimmt. Sie dienen der Arbeit der jeweiligen Behandler und unterliegen der Schweigepflicht. Die Bilder werden in der Patientenakte gespeichert und für gemeinsame Fallbesprechungen und zur besseren Wiedererkennung verwendet.

Hiermit erkläre ich, (Name des Sorgeberechtigten):

Aktuelle Anschrift:

mich einverstanden, dass in der **Praxis Klenner.Slomka**

Fotografien von meinem Kind (Vorname, Nachname): gemacht werden dürfen. Diese werden unter Wahrung der Schweigepflicht und unter Einhaltung der einschlägigen Vorschriften für den Datenschutz ausschließlich in unserer Praxis genutzt und nicht an Dritte weitergegeben. Mir ist bekannt, dass ich dies jederzeit schriftlich widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

