



Anmeldebogen für Kinder und Jugendliche

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	PLZ, Wohnort	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Handy	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>

Gewünschter Behandlungsort

- Pirna Löbau Bischofswerda Dippoldiswalde Weißwasser

Derzeit besuchte Kindertagesstätte/Schule

- Kindergarten Grundschule Oberschule Gymnasium
 Lernförderschule Schule für Erziehungshilfe Sprachheilschule
 Schule für Kinder mit geistiger Behinderung Schule für Kinder mit körperlicher Behinderung

Klassenstufe Name und Ort der Schule

- Kind besucht nachmittags den Hort

Schulleistungen und Verhalten in der Schule/Kindertagesstätte

- gut befriedigend ausreichend versetzungsgefährdet

Problemfächer

- unkonzentriert zappelig ablenkbar aggressiv impulsiv fleißig ehrgeizig
 wenig Einsatz keine Freunde ängstlich in der Opferrolle Ärger mit Lehrern

Derzeit in Ausbildung

in Berufsausbildung zur/zum

- betrieblich übertrieblich

Ausbildungsjahr Name und Ort der Ausbildungsstelle

Bitte geben Sie die Schwierigkeiten an, die Ihnen bei Ihrem Kind die meisten Sorgen bereiten und wegen derer Sie Ihr Kind behandeln lassen wollen.

- unkonzentriert unruhig aggressiv impulsiv ängstlich traurig empfindsam
- verzweifelt schüchtern lebt in Traumwelt macht sich viele Sorgen misstrauisch
- führt Selbstgespräche wird viel geärgert keine Freunde auffälliges Essverhalten
- hört nicht erschöpft körperliche Beschwerden ohne erkennbare Ursache
- wenig Mut zu leben merkwürdige Gewohnheiten merkwürdige Gedanken
- fühlt sich gegenüber Geschwistern benachteiligt

Erläuterungen und Ergänzungen

Bitte geben Sie an, wo Ihr Kind bereits wegen der Probleme in Behandlung gewesen ist oder wo es sich aktuell noch in Behandlung befindet.

Krankenhäuser und Kliniken

Name und Ort von-bis noch in Behandlung ja/nein

--	--	--	--

Ärzte und Psychotherapeuten

Name und Ort von-bis noch in Behandlung ja/nein

--	--	--	--

Ergotherapeuten, Logopäden Physiotherapeuten

Name und Ort von-bis noch in Behandlung ja/nein

--	--	--	--

Sonstige Behandlungen, Lerntherapien, Familienhilfen, Kontakt zu Jugendämtern o. Beratungen

Name und Ort von-bis noch fortgeführt ja/nein

--	--	--	--

Bitte fügen Sie - wenn vorhanden - Berichte der Behandlungen dem Anmeldebogen bei!

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente oder hat es in der Vergangenheit regelmäßig Medikamente genommen?

Name und Dosis des Medikaments	von-bis	wird noch genommen ja/nein

Krankenkasse

Name und Ort der Krankenkasse

Versicherungsnummer

Krankenkassennummer (unten auf Versichertenkarte)

Status Mitglied Familienversicherter Rentner

Lebensmittelpunkt des Kindes

Das Kind lebt bei

- beiden leiblichen Eltern allein erziehender Mutter allein erziehendem Vater
- Pflegeeltern und Stiefmutter Großeltern eigene Wohnung
- Mutter und Stiefvater Adoptiveltern Heim oder Wohngruppe
- Weiteres:

Sorgerecht

- gemeinsames Sorgerecht der zusammen lebenden Eltern alleiniges Sorgerecht der Mutter
- gemeinsames Sorgerecht der getrennt lebenden Eltern alleiniges Sorgerecht des Vaters
- Sonstige Sorgerechtsregelung

Bei getrennt lebenden Eltern

Gibt es gerichtliche Auseinandersetzungen um das Sorgerecht oder Aufenthaltsbestimmungsrecht?

- ja nein

Hat das Kind Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil?

- ja nein

Hinweise

Vielen Dank für Ihre Angaben. Für die Durchsicht Ihrer Unterlagen werden wir etwa eine Woche benötigen. Bitte nehmen Sie mit uns zur **Terminvereinbarung** etwa 1 Woche nach Einreichung Ihrer Unterlagen Kontakt auf.

Wenn Sie einen Termin erhalten haben, möchten wir Sie bitten, diesen uns **zu bestätigen**. Wir wissen dann, dass wir uns auf Ihr Kommen verlassen können.

Die **gegenseitige Verlässlichkeit** ist uns sehr wichtig. Wir bieten Ihnen an, dass Sie bei uns nicht lange warten müssen. Deswegen nehmen wir uns nach einer Terminvereinbarung nur für Sie Zeit. Wenn Sie nicht oder mit deutlicher Verspätung kommen, können wir in dieser Zeit keine anderen Patienten behandeln. Deswegen bitten wir Sie mit der Anmeldung um Ihr Einverständnis, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten und nur bei schwer wiegenden Gründen spätestens 48 Stunden vorher mit Nennung des Grundes absagen. Sollte das nicht geschehen, so bitten wir Sie um Ihr Einverständnis, dass Sie sich an den uns entstehenden Unkosten durch Zahlung von 10 € pro ausgefallenen Termin beteiligen. Das deckt zwar nicht annähernd die uns entstehenden Unkosten, soll aber helfen Sie daran zu erinnern, dass unsere Behandlung wertvoll ist. In gleicher Weise sichern wir Ihnen zu, dass wir Ihnen eine Entschädigung von 10 € zahlen, wenn Sie zu einem schriftlich von uns vereinbarten Termin in der Praxis erscheinen sollten und niemand von unserem Praxisteam Zeit für Sie haben sollte. Ebenso erhalten Sie diese Entschädigung, wenn Sie länger als 30 Minuten auf einen solchen Termin warten müssen.

Bei Schulkindern finden die Therapien überwiegend außerhalb der Schulzeit **am Nachmittag** statt. Für die Diagnostik nehmen wir uns viel Zeit. Bitte stellen Sie sich darauf ein, dass **in den ersten Wochen in kürzeren Abständen mehrere Termine** stattfinden werden. Das kann auch die Vereinbarung von **Terminen am Vormittag** erforderlich machen.

Wir bieten eine gründliche Diagnostik und eine intensive Behandlung in unserem berufsgruppenübergreifenden Behandlungsteam an. Dafür haben wir mit den Krankenkassen eine besondere Vereinbarung geschlossen. Diese setzt voraus, dass die Kinder und Jugendlichen **mindestens einmal im Monat zu Terminen** in unserer Praxis kommen. Bitte prüfen Sie, ob Sie das gewährleisten können. Dafür können wir Ihrem Kind in Krisenzeiten Behandlungen bis zu fünfmal pro Woche anbieten. Dieses Behandlungsangebot setzt voraus, dass Sie, wenn Sie aus zwingenden Gründen (akute Krankheit) doch einmal einen Termin absagen müssen, bereit sind diesen auch an einem Vormittag nachzuholen, damit wir Ihr Kind mindestens einmal im Monat sehen. Wenn Sie es nicht sicherstellen können, dass Ihr Kind mindestens einmal im Monat zur Behandlung in die Praxis kommen kann, dann wenden Sie sich bitte an eine Praxis, die nicht ein solches berufsgruppen-übergreifendes Behandlungsangebot bereit hält.

Wir wissen, dass wir mit diesen Voraussetzungen für eine Behandlung viel Engagement von Ihnen erbitten. Dafür sichern wir allen Familien zu, die diese Bedingungen akzeptieren, dass sie ohne lange Wartezeiten einen Termin bei uns bekommen.

Voraussetzung für eine Behandlung in unserer Praxis ist außerdem, dass **alle Sorgeberechtigten** mit ihrer Unterschrift unter die Anmeldung das Einverständnis mit einer Behandlung des Kindes dokumentieren. Dieses gilt vor allem auch dann, wenn getrennt lebende Eltern beide das gemeinsame Sorgerecht haben. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Kind vor der Anmeldung in unserer Praxis über Ihr Anliegen. Es wäre schön, wenn Sie Ihr Kind, sollte es älter als 10 Jahre sein, die Anmeldung mit unterschreiben lassen. Das erleichtert uns den Beginn der Behandlung sehr.

Sollten Sie unser Angebot der **Videosprechstunde** nutzen wollen, erklären Sie sich mit dem Versenden des Anmeldebogens mit den Bedingungen einverstanden, die Sie unter „Besondere Versorgung“ bei dem Absatz „Videosprechstunde“ auf unserer Homepage finden.

Sämtliche Behandlungen, die wir für Kinder und Jugendliche anbieten, werden von der gesetzlichen Krankenkasse getragen. Wir versichern Ihnen, dass wir gesetzlich krankenversicherten Familien **keine zusätzlichen Behandlungskosten** in Rechnung stellen werden. Wir bieten auch grundsätzlich keine so genannten IGEL-Leistungen (Selbstzahlerleistungen) an.

Grundsätzlich ziehen wir nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden einer Medikamentengabe vor. Sollten im Einzelfall die nichtmedikamentösen Behandlungsmaßnahmen nicht ausreichen, werden wir Sie über die Behandlungsmöglichkeiten mit **Medikamenten** informieren. Sie können dann frei entscheiden, ob Sie eine solche Behandlung wünschen. Von Ihrer Entscheidung werden wir nicht unsere Bereitschaft zur weiteren Behandlung abhängig machen. Behandlungen mit Medikamenten werden bei uns nur zusammen mit nichtmedikamentösen Therapien angeboten.

Wir nehmen nicht an so genannten Anwendungsbeobachtungen teil, bei denen Ärzte Geld von der Pharma- Industrie für den Einsatz und den Bericht ihrer Erfahrungen mit dem Medikament bekommen. Wir lassen uns auch keine Reisen zu Tagungen und Kongressen durch pharmazeutische Unternehmen sponsern.

Erklärung aller Sorgeberechtigten und ggf. des Kindes bzw. Jugendlichen:

Wir sind mit den oben beschriebenen Behandlungsbedingungen einverstanden und nehmen hiermit die Anmeldung in dem Medizinischen Versorgungszentrum Dr. Martens vor:

--	--

Ort, Datum

Unterschrift

Wenn Eltern über das gemeinsame Sorgerecht verfügen, dann bitte noch die Nachfolgende Seite ausfüllen und unterschreiben.

Medizinisches Versorgungszentrum Dr. Martens

Zentrum für seelische Gesundheit

Vor- und Nachname des Kindes/Jugendlichen

Geburtsdatum

Hiermit erklären wir, dass wir gemeinschaftlich das Sorgerecht ausüben. Wir wünschen eine Diagnostik und Behandlung unseres Kindes/Jugendlichen im Medizinischen Versorgungszentrums Dr. Martens. Wir erteilen uns gegenseitig die Vollmacht, Behandlungsentscheidungen wie z. B. Terminvereinbarungen, Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht, Anträge bei den Krankenkassen z. B. zur Beantragung einer psychotherapeutischen Behandlung gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen auch ohne Anwesenheit beider sorgeberechtigter Eltern zu treffen.

Wir sind darüber informiert, dass im Medizinischen Versorgungszentrum Dr. Martens therapeutischen Angeboten gegenüber einer Medikamentengabe der Vorzug gegeben wird. Sollten Medikamente angeboten werden, so werden diese immer mit therapeutischen Angeboten kombiniert.

Für den Fall, dass von den Ärzten des Medizinischen Versorgungszentrums Dr. Martens eine medikamentöse Behandlung als hilfreich eingeschätzt und angeboten wird, bevollmächtigen wir uns wechselseitig, ärztliche Aufklärungen entgegenzunehmen und über die Medikamentengabe und ggf. Anpassungen der Dosis gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen zu entscheiden. Gleichzeitig verpflichten wir uns dazu, dass wir uns, sofern von uns beiden gewünscht, zu allen mit der Behandlung in Zusammenhang stehenden Angelegenheiten, insbesondere vereinbarte Termine, wechselseitig informieren und auf eine gemeinsame Beteiligung an der Behandlung unseres Kindes/Jugendlichen hinwirken.

Außerdem erklären wir uns mit den Behandlungsbedingungen für unser Kind/Jugendlichen einverstanden, wie sie auf der Internetseite www.martens-sachsen.de veröffentlicht sind.

Datum _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r) Stellung zu dem Kind/Jugendlichen (z. B. Mutter oder Vater)

Unterschrift weitere(r) Sorgeberechtigte(r) Stellung zu dem Kind/Jugendlichen (z. B. Mutter oder Vater)