



Unterlagen für den Erstvorstellungstermin

Bitte stellen Sie sicher, dass nachfolgende Unterlagen bei uns in der Praxis bis spätestens eine Woche vor ihrem Termin eingehen müssen. Der Eingang der Unterlagen gilt als Bestätigung ihres Termins. Sollten die Unterlagen nicht rechtzeitig bei uns eintreffen, gehen wir davon aus, dass der Termin nicht mehr benötigt wird und vergeben diesen gegebenenfalls neu.

- Ausgefüllter Patientenmeldebogen (8 Seiten)
- Einverständniserklärung für Ausfalltermine (2 Seiten)
- Einverständniserklärungen: Behandlungseinverständnis, Patientenfoto und Schweigepflichtsentbindung (2 Seiten)
- Datenschutzerklärung (2 Seiten)

Bitte bringen außerdem folgende Unterlagen zum Erstvorstellungstermin mit.
Wichtig: Bitte bringen Sie die benötigten Unterlagen **in Kopie** mit.

- U-Heft
- Krankenversichertenkarte evtl. Überweisung (Original)
- Vorhandene Zeugnisse / Bildungsdokumente der Kiga
- ggf. vorhandene Vorbefunde

Unbedingt erforderlich:

Die Behandlung kann nur stattfinden, wenn uns die Behandlungserklärung von **beiden** Erziehungsberechtigten zum Erstvorstellungstermin unterschrieben vorliegt.
Falls das Sorgerecht nur bei **einem** Elternteil liegen sollte, so muss uns ein entsprechendes Dokument (**Gerichtsbeschluss/ Bescheinigung des Jugendamtes**) vorgelegt werden.

Bei Nichtvorlage beider Unterschriften oder eines Gerichtsbeschlusses bzw. Bescheinigung des Jugendamtes kann der Termin leider nicht stattfinden.

Ihr Praxisteam Gerald S. Langner



Patient/-in Anmeldebogen (8 Seiten)

1. Patient/-in

Name: Vorname: geb. am:

Staatsangehörigkeit: Religion:

Straße/ Haus-Nr./PLZ/Ort:

Lebt bei: Geschlecht (m/w/d):

Tel.: Mobil Nr.:

Zurzeit in:

Kindergarten:

Schule: Klasse: Anzahl Schuljahre:.....

Übermittagsbetreuungsort: bis: Uhr

Ausbildung:

2. Behandelnde/r Kinderarzt/Ärztin oder Hausarzt/Ärztin:

.....

3. Vorbehandlungen:

Zentrum für Frühförderung (FFZ)	Sprachtherapie/Logopädie
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	Ergotherapie
Kinder- und Jugendpsychiatrie:	Jugendhilfe:
Praxis Klinik	ambulant stationär
Psychotherapie	andere:

Besteht eine aktuelle Anbindung an einer der folgenden Institutionen (im jetzigen oder letzten Quartal)?

Nein

Ja:

SPZ

Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis/Ambulanz

Institutsambulanz



4. Leibliche Eltern

	Elternteil 1	Elternteil 2
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Tel. & E-Mail		
Staatsangehörigkeit		
Schulabschluss		
Beruf		
jetzige Tätigkeit		

Gemeinsamer Haushalt: ja nein

Gemeinsames Sorgerecht: ja nein

Andere Bezugspersonen in Zweit-Elternfunktion: ja nein

Pflegeelternschaft durch: Seit:

Familiensprache: Deutsch Deutsch und:

Andere:

5. Geschwister

Name	m/w	Geburtstag	KiGA/Schulform	Klasse	Ausbildung/Beruf

6. Besondere Lebensereignisse und mögliche Belastungen:

.....
.....
.....



7. Weshalb stellen Sie Ihr Kind zur Untersuchung vor?

.....
.....
.....

Welche Auffälligkeiten zeigt Ihr Kind?

.....
.....
.....

Hiermit bestätigen wir den Termin zur Erstvorstellung am

Ort/Datum: Unterschrift:



8. Schwangerschaft und Geburt:

Schwangerschaft:

Besonderheiten (Stressfaktoren, Komplikationen):

Nein Ja, folgende

Ja Nein

Geplant

Erwünscht

Nikotin

Menge: Zig./tgl.

Alkohol

Menge:/tgl.

Medikamente

welche:

(z.B. Wehenhemmer, Antibiotika)

Geburt in SSW:

Geb. Gewicht: kg

Geb. Länge:cm

APGAR 5'/10':...../.....

Kopfumfang:cm

Schädellage

Beckenendlage

Querlage

Spontan

Zange/Saugglocke

Krankenhausgeburt:

Ja

Nein

Vaginale Entbindung:

Ja

Nein (Kaiserschnitt)

Besonderheiten bei Geburt:

Ja

Nein

(z.B. Lageabweichung, Nabelschnurumschlingung, Plazenta-Störung, vorzeitiger Blasensprung, grünes Fruchtwasser, auffällige Herztöne im CTG, Fehlbildungen)

Besonderheiten in Neugeborenen Periode:

Ja

Nein

(z.B. verstärkte Gelbsucht mit Fototherapie/Blutaustausch/ Blutvergiftung/ Krämpfe/ Brutkasten/ Intensivmaßnahmen?)

Stillen, bis Monate

Kein Stillen, wegen:



Erleben der Geburt/Neugeborenzeit durch die Eltern:

Ja Nein

Schlafstörungen:

Unruhe/ anhaltendes Schreien:

Schwierigkeiten mit dem Trinken:

Weitere Bemerkungen:

.....
.....

9. Kindliche Entwicklung

Entwicklung der Bewegungsfähigkeit (Motorik):

Unauffällig nicht genau erinnerlich, erschien jedoch unauffällig

Auffällig

freies Laufen (ohne an der Hand zu gehen) im Alter vonMonaten

Sprachentwicklung

Unauffällig

nicht genau erinnerlich, erschien jedoch unauffällig

Auffällig verzögert

auffällige Aussprache (z.B. lispeln, stottern, poltern)

anderes:

Erste Einwortsätze ca. im Alter vonMonaten

Aussprache während Spracherwerb: unauffällig auffällig

Sprachtherapie erfolgt



Praxis Gerald S. Langner

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Sehfähigkeit untersucht: schulärztlich kinderärztlich augenärztlich
Normalbefund auffälliger Befund
Befundbericht wird nachgereicht nicht ärztlich untersucht

Visuskorrektur: Brille mit Plusglas bei Weitsichtigkeit: +dpt:
Brille mit Minusglas bei Kurzsichtigkeit: -dpt:
Kontaktlinsen
Schielen: ja nein
Hornhautverkrümmung
Kontrolle der Sehfähigkeit zuletzt am
Wieder fällig am:



10. Auffälligkeiten/ Essverhalten/ Medikamente:

<p>Fragen zu evtl. Auffälligkeiten:</p> <p>Körperliche Beschwerden? Keine</p> <p>Wenn ja:</p> <p>Bauchschmerzen: Häufig ab und zu</p> <p>Kopfschmerzen: Häufig ab und zu</p> <p>Einschlafstörung: Häufig ab und zu</p> <p>Durchschlafstörung: Häufig ab und zu</p> <p>Appetit Ungestört Vermindert Gesteigert Anderes:</p> <p>Vor allem in folgenden Zuhause Vor/während/nach der Schule Andere: Seit: Zunehmend gebessert</p>	<p>Essverhalten:</p> <p>Unauffällig Auffällig: Ungezügelt Essattacken Erbrechen im Anschluss an Nahrungsaufnahme Übermäßiges Zerteilen der Nahrung Eingeschränkte Nahrungsauswahl Verringerte Nahrungsaufnahme</p> <p>Einstellung zum Körper:</p> <p>Unauffällig Auffällig</p> <p>Körperempfinden als:</p> <p>Zu dick falschproportioniert sonstiges:</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Medikamente:

Keine

Medikation: Methylphenidat (Bsp.: Ritalin, Medikinet, Equasym)

Aktuelle Dosis:/Tag

Nebenwirkungen? Ja Nein

Andere Medikamente:



Verordnet von:

11. Kindergarten- und Schulzeit

Fremdbetreuung in den ersten drei Lebensjahren:

Betreuung durch (z.B.: Tageseltern): AbJahr

Keine

Kindergarten:

Besuch des Kindergartens ab Jahre bis Jahre

Kein KiGa Besuch

Von den Erzieher*innen im Kindergarten wie folgt beschrieben:

Insgesamt unauffällig

Als auffällig, z.B. wenig Kontakt mit anderen Kindern

Zurückgezogen

Häufig in Streiterei verwickelt

Unruhig

Rasch wechselnde Spielbeschäftigung

Konzentrationsprobleme

Probleme im Stuhlkreis sitzen zu bleiben

Sonstiges:

Schule:

Einschulung mitJahren

Regel-Grundschule

Förderschule: emotionale/soziale Entwicklung

Lernen

Geistige Entwicklung

Sprache

Körperliche und Motorische Entwicklung

Schule für Körperbehinderte

Andere:



Weiterführende Schule

Hauptschule

Realschule

Gymnasium

Gesamtschule

Förderschule: emotionale/soziale Entwicklung Lernen
Geistige Entwicklung Sprache
Körperliche und Motorische Entwicklung

Schule für Körperbehinderte

Berufsschule, Ausbildung

Andere:.....

Schulwechseln wegen: Umzug Schulleistungsschwierigkeiten
Soziale Schwierigkeiten (z.B. Mobbing)
Wann?

Schulleistungen:

Nichtversetzung: in der Klasse

Keine größeren Schwierigkeiten

Schulleistungsschwierigkeiten:

insb. In den Fächern: seit:



Behandlungserklärung

Ich bin mit der Diagnostik und Behandlung meines Sohnes/Tochter
..... geb.

In der Praxis Gerald S. Langner, Vogelsanger Str. 106-108, 50823 Köln, Facharzt für Kinder-
und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, einverstanden.

Datum:

.....
Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteil I

.....
Name in Druckbuchstaben

.....
Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteil II

.....
Name in Druckbuchstaben

.....
ggf. Unterschrift des Vormundes

Diese Erklärung kann ich jederzeit und ohne Begründung widerrufen.



Einverständniserklärung für Ausfalltermine (2 Seiten)

(bezieht sich nicht auf die Behandlung, sondern gilt nur für Ausfallhonorare)

Ich bin damit einverstanden, dass für jeden nicht wahrgenommenen bzw. nicht abgesagten Termin **pro Stunde** ein Ausfallhonorar in Höhe von 35 € bzw. bei **Doppelstundenterminen** entsprechend 70€ zur Rechnung gestellt wird.

Als abgesagt gilt:

- Der Termin wurde spätestens einen Tag vorher bis 12.00 Uhr abgesagt. (Montagstermine können am Wochenende auf unserem Anrufbeantworter oder per Email abgesagt werden)
- Der Termin wurde aus Krankheitsgründen am gleichen Tag abgesagt, es wurde ein ärztliches Attest vorgelegt. (Atteste können bis maximal 10 Tage nach dem verstrichenen Termin per Post oder persönlich in der Praxis eingereicht werden)

Termine können telefonisch (auch auf Anrufbeantworter), persönlich in der Praxis oder per Email abgesagt werden.

Patient (Name/Vorname /Geb. Datum):

Rechnungsempfänger (Name/Vorname//Geb. Datum):

Anschrift:

Unterschrift(Rechnungsempfänger):

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung



Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen. Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS Holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt. Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung im eigenen Namen, zieht die Honorarforderung auf eigene Rechnung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks



Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiterverarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/Datenschut

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
Datum

.....
Unterschrift Rechnungsempfänger/in



Einverständniserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung (2 Seiten)

Ich wurde über meine Rechte in Bezug auf Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten / Daten von meiner /-em Sorgeberechtigten informiert und bin mit Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten durch das Praxispersonal aus der Praxis Gerald Langner einverstanden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit und ohne Grund widerrufen.

.....
Patientenname/-Vorname

.....
Datum/Unterschrift Patient/in und alle Sorgeberechtigten

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Praxis Gerald Siegmar Langner, Vogelsangerstraße 106-108, 50823 Köln, Tel: 0221 5708330

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte, Frau Lea Kämpken unter:
Anschrift: Geleniusstraße 4, 50931 Köln, Tel.: 0221 569 09 6

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.



4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

LDI NRW Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf.

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an das Praxisteam oder Datenbeauftragte wenden.



Schweigepflichtsentbindung

Name des Kindes: Geb.Datum:

Hiermit entbinde ich als Sorgeberechtigte(r) die Behandler der Praxis Langner von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf mein Kind gegenüber

der Schule(Name der Schule.....)

Name Lehrer/in:.....

Tel.-Nr.:

E-Mail:.....

dem Kindergarten/Hort/Übermittagsbetreuung

Name der Einrichtung:

Ansprechpartner:

Tel.-Nr.:

E-Mail:.....

der Praxis:.....

Ansprechpartner:

Tel.-Nr.:

dem Amt für Kinder, Jugend und Familie

Bezirk:

Ansprechpartner:

E-Mail.....

Tel.Nr.:.....

Sonstiges: (Bitte Namen, Adresse, Kontaktdaten angeben)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ich bin einverstanden, dass die angegebenen Institutionen den Therapeuten der Praxis Langner Auskünfte über mein Kind erteilen. Diese Erklärung kann ich jederzeit und ohne Begründung schriftlich widerrufen.

Köln, den X.....
(Unterschrift der Sorgeberechtigten Mutter)

X.....
(Unterschrift des Sorgeberechtigten Vaters)

X.....
(Unterschrift des Sorgeberechtigten Vormunds)