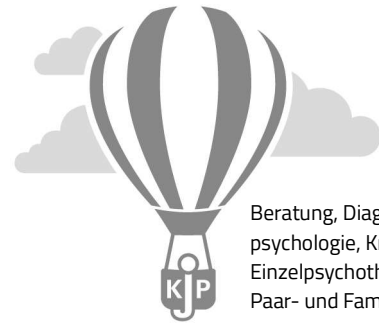


**PRAXIS für KINDER- und JUGENDPSYCHIATRIE,
PSYCHOTHERAPIE und PSYCHOSOMATIK**

DR. med. NIMA FOROUHER



Beratung, Diagnostik, Test-
psychologie, Krisenintervention,
Einzelpsychotherapie,
Paar- und Familientherapie

Liebe Kinder, liebe Eltern,

Zu uns kommen Kinder- und Jugendliche, in Begleitung ihrer Eltern oder Sorgeberechtigten, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen oder aufgrund einer psychischen Belastung im Alltag Probleme haben. Diese können sich in der Schule, in der Familie oder im Umgang mit Gleichaltrigen zeigen. Nach Vereinbarung eines Erstgesprächs bitten wir Sie, in einem **Anmeldebogen** für uns und die Behandlung relevante Informationen anzugeben sowie, bei Bedarf, um ihr Einverständnis zum Informationsaustausch mit Schulen, behandelnden ÄrztInnen oder Behörden.

In einem ausführlichen **Erstgespräch** möchten wir uns ein Bild davon machen, welche Sorgen und Probleme Sie zu uns geführt haben. Dabei interessieren uns sowohl Ihre aktuelle Lebenssituation, als auch die bisherige Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen.

Im Anschluss an das gemeinsame Erstgespräch folgen häufig weitere Termine zur **psychologischen Testdiagnostik** mit dem Kind. Dabei geht es in Gespräch und Spiel zunächst um das Kennenlernen der Patientin/des Patienten. Je nach Anliegen finden mehrere, individuell ausgerichtete Diagnostiktermine statt. Bei der Diagnostik handelt es sich u. a. um die Feststellung **kognitiver Fähigkeiten** sowie des **emotional-sozialen Entwicklungsstandes** des Kindes bzw. Jugendlichen. Dabei geht es neben dem identifizieren von Schwierigkeiten und Belastungen auch um das Herausstellen individueller Stärken und Ressourcen des Kindes. Termine zur Leistungsdiagnostik finden in der Regel vormittags statt, da die Konzentration und Aufmerksamkeit über den Tag hinweg abnimmt. Eine diesbezügliche Bescheinigung für die Schule stellen wir bei Bedarf gerne aus. Neben standardisierten Tests wenden wir in unserer Praxis Fragebögen zur Selbst- und Fremdbeurteilung des Kindes an. Auch das Anfordern relevanter Vorbefunde sowie der Kontakt zu Schulen, Kindergärten und Ämtern (nur mit Einverständnis der Sorgeberechtigten) stellt einen Teil des diagnostischen Prozesses dar und dient dazu, ein umfassendes Bild der Problematik zu erlangen.

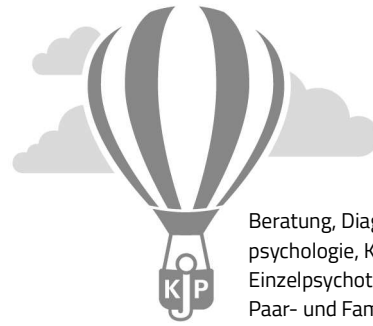
Parallel zur Testdiagnostik können bei Bedarf **Elterngespräche** geführt werden, um unterschiedliche Perspektiven auf die Situation des Kindes sowie familiäre Beziehungen und Ressourcen zu erfassen.

Nach einigen Terminen der Diagnostik werden wir erneut zu einem ärztlichen **Bilanz- und Beratungsgespräch** mit Ihnen und ihrem Kind zusammenkommen. In diesem Gespräch werden wir die Ergebnisse der psychologischen Testdiagnostik darstellen, diese gemeinsam mit Ihnen diskutieren und das weitere individuelle Vorgehen besprechen.

Ziel der Behandlung soll es sein, ein **Erklärungsmodell** für die vorhandene Schwierigkeiten zu finden und auf dieser Grundlage **Lösungsideen** zu entwickeln. Wir beraten Sie gerne zu geeigneten Hilfen und machen Vorschläge für das weitere Vorgehen. Da wir nicht alle Hilfen selbst anbieten können, werden wir uns in solchen Fällen bemühen anderweitige Behandlungsmöglichkeiten zu vermitteln.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. med. Forouher & Team



Anmeldebogen

Name des Kindes/ Jugendlichen: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Geschlecht: _____

Wohnhaft: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

Über wen ist das Kind versichert: _____

Behandelnder Kinderarzt : _____

Bei getrennt lebenden Eltern:

Wo lebt das Kind und seit wann: _____

Wer ist sorgeberechtigt: _____

Grund der Anmeldung: _____

Seit wann besteht die Problematik ungefähr? _____

Fragen zur Lebensgeschichte Ihres Kindes

Dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und über seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung; deshalb sollten Sie die Fragen zu Hause nach bestem Wissen beantworten. Ihre Angaben werden selbstverständlich in der gleichen, streng vertraulichen Weise behandelt wie alle anderen persönlichen Mitteilungen während Beratung und Behandlung.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (Zutreffendes bitte unterstreichen):

Schwangerschaft:

Komplikationslos oder Komplikationen: hoher Blutdruck/ Diabetes/ drohende Fehlgeburt/
Blutungen/ Infektionskrankheiten/ Medikamenteneinnahme/ Alkohol/ Drogenkonsum
Sonstiges: _____

Geburt:

Schwangerschaftswoche: _____ Geburtsgewicht: _____ Größe: _____
Geburtsverlauf: spontan/ Saugglocke/ Kaiserschnitt/ Zange
Komplikationslos oder Komplikationen:

Entwicklung:

Frei laufen mit _____ Monaten ; erste Worte mit _____ Monaten

Gab oder gibt es Auffälligkeiten/ Probleme

- in der **Sprachentwicklung**? nein - ja: _____

- beim **Hören**? (z. B. Mittelohrentzündung) nein - ja: _____

- beim **Sehen**? (z. B. Brille) nein - ja: _____

- bei der **Sauberkeitserziehung**? nein - ja: _____

- bei der **motorischen Entwicklung**? nein - ja: _____

Schwerwiegende Vorerkrankungen des Kindes bzw. Komplikationen, körperliche Erkrankungen:

Unfälle (welcher Art, wann?) _____

Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?): _____

Allergien/Unverträglichkeiten?:

nein - ja (welche)

Asthma?:

nein - ja,

Hatte ihr Kind jemals einen **Krampfanfall/einen Fieberkramp**? Wurde einmal eine **Epilepsieform** diagnostiziert?:

nein - ja,

Hat oder hatte ihr Kind jemals eine **Herzerkrankung oder einen Herzfehler**?

nein - ja,

Gibt es in ihrer **Familie Herzerkrankungen**?

nein - ja,

Ist ihr Kind leicht **erschöpft oder müde**?

nein - ja,

Ist ihr Kind an **Covid-19** erkrankt gewesen?

nein - ja, wann? _____

Ist ihr Kind **Covid-19 geimpft**?

nein - ja, wann zuletzt? _____

Nimmt Ihr Kind zurzeit **Medikamente** ein? Falls ja, welche und seit wann?

Gab oder gibt es Behandlungen durch **Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie o.ä.?**
nein - ja (welche Behandlung, bei wem, wann): _____

Kindergarten- und Schulbesuch:

Wird/ wurde Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtungen betreut (Zutreffendes bitte unterstreichen): Krippe, Tagesmutter; Kindergarten; Kinderhort, andere: _____

Besuch von _____ bis _____ (Datum)

Name der Einrichtung:

Gibt/ gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung und wenn ja, welche:

Welche Schulform/ Ausbildung besucht Ihr Kind zurzeit? _____

Klassenstufe: _____ Name: _____

Gibt/ gab es Probleme beim Besuch der Schule, wenn ja, welche:

Schul-/Ausbildungsbesuch (Zutreffendes bitte unterstreichen):

Regelrecht/ wiederholt/ umgeschult/ Abbruch

Besteht Kontakt zum ReBBZ? nein - ja

Wurde bei Ihrem Kind ein Förderbedarf festgestellt? nein - ja

Wenn ja, Angaben zum Förderbedarf: _____

Lebens- und Wohnsituation der Eltern (Zutreffendes bitte unterstreichen):

zusammenlebend/ getrennt/ geschieden/ nie zusammengelebt/ durch Tod getrennt

Angaben zu den Eltern:

Name, Vorname, geb. am, Schulabschluss, Berufsausbildung, ausgeführte Tätigkeit

Mutter: _____

Vater: _____

Das Kind wohnt zurzeit mit:

Leiblicher Mutter/ Stiefmutter/ Adoptivmutter/ Pflegemutter/ sonst. Ersatzmutter: _____

Leiblichem Vater/ Stiefvater/ Adoptivvater/ Pflegevater/ sonst. Ersatzvater: _____

Stellung in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie:

Einzelkind/ jüngstes Kind/ mittleres Kind/ ältestes Kind/ Kind lebt nicht in der Familie

Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie: _____

Geschwister (bitte in der Reihenfolge der Geburten):

	Name, Vorname	geboren am	Schule/Beruf	lebt bei
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____

Nicht leibliche Geschwister und Halbgeschwister bitte entsprechend kennzeichnen!

Gibt oder gab es besondere **Belastungen in der Familie** (dauernde Konflikte, körperliche oder psychische Erkrankungen):

Erlauben Sie uns auch folgende Möglichkeiten der Kontaktaufnahme, z.B. bei Rückfragen, Terminerinnerungen, etc.?

E-Mail SMS Brief alle Optionen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Engagement für die Gesundheit Ihres Kindes.

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch möglichst alle **relevanten Befunde/ Berichte** sowie den Impfpass, das **gelbe Kinder-Untersuchungsheft und Schulzeugnisse** Ihres Kindes mit.

Honorarausfallvereinbarung

Behandlungsplätze im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sind leider knapp und mit langen Wartezeiten verbunden, auch wir haben eine Warteliste.

Wir nehmen uns für die Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes gern ausreichend Zeit, die wir nicht anderweitig verplanen. Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, rufen Sie bitte so früh wie möglich an und vereinbaren mit uns einen neuen Termin.

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich den vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen kann, diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen muss. Ich bin darüber informiert worden, dass mir für jeden nicht rechtzeitig abgesagten und nicht wahrgenommenen Termin ohne ausreichende Entschuldigung ein Ausfallhonorar (gemäß GOÄ) in Höhe von

40,80 Euro

durch die Praxis Dr. med. Forouher in Rechnung gestellt wird. Dieser Betrag muss von mir selbst bezahlt werden, ohne dass eine Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenkasse oder eine private Krankenversicherung besteht.

Informationen zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

Anfallende Kosten für individuelle Gesundheitsleistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen, sondern werden gemäß der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet und privat von Ihnen gezahlt.

Zu den Leistungen zählen u. a. Atteste für Behörden, Auslandsaufenthalte und Ähnliches.

Über die jeweiligen Kosten geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Behandlungsvertrag

Sie haben sich zu einer Vorstellung oder Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis entschlossen. Hierfür benötigen wir die schriftliche Einwilligung der Sorgeberechtigten, das heißt in der Regel beider Eltern*.

.....
Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die heutige Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen (siehe Extrablatt). Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Ich bestätige zudem, dass aktuell (in diesem Quartal) keine parallele Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz oder einer Praxis erfolgte oder geplant ist, andernfalls werde ich die Praxis hierüber informieren.

Das Beiblatt zur Honorarausfallvereinbarung sowie die beiliegende Datenschutzgrundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Name _____

Name _____

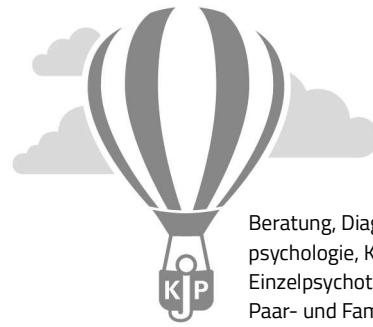
Hamburg, den _____

Hamburg, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)*

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

** Liegt nur die Unterschrift eines Elternteils vor, so versichert der/die Unterzeichnende, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er die alleinige Gesundheitsfürsorge für das Kind innehat.*



Einverständniserklärung bei getrenntlebenden Eltern

- nur auszufüllen vom getrenntlebenden Elternteil -

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

.....
Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

in der **KJP-Praxis Dr. med. Nima Forouher** untersucht und behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich, die Mutter den Vater andere Sorgeberechtigte

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtentbindungen vorzunehmen.

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen kann.

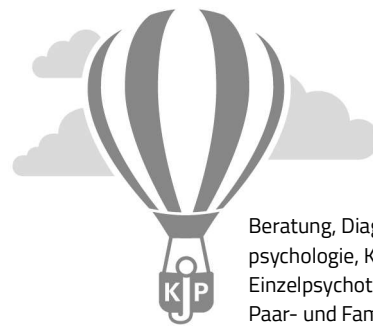
Weitere Anmerkungen:

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____

Name, Anschrift, Telefonnummer des/ der Unterzeichnenden:

**PRAXIS für KINDER- und JUGENDPSYCHIATRIE,
PSYCHOTHERAPIE und PSYCHOSOMATIK**

DR. med. NIMA FOROUHER



Beratung, Diagnostik, Test-
psychologie, Krisenintervention,
Einzels psychotherapie,
Paar- und Familientherapie

Schweigepflichtentbindung

Hiermit erlaube ich Herrn Dr. med. Forouher und Mitarbeiterinnen den wechselseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein Kind mit folgenden Personen:

Praxis / Institution	Personen	Telefonnummer / Fax
Schule / Kindergarten:		
Jugendamt / Familienhilfe:		
Arzt / Krankenhaus:		
Logopädie / Ergotherapie:		

Name des Kindes: _____

geb.: _____

Name (des/der Sorgeberechtigten): _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

*Wenn ich mir das Sorgerecht teile, informiere ich zeitnah den/die andere/n
Sorgeberechtigte/n von dieser Schweigepflichtentbindung. Mir ist bekannt, dass ich die
Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen werden kann.*