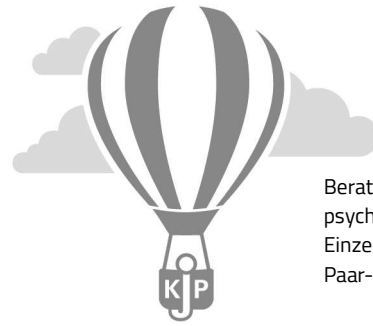


# PRAXIS für KINDER- und JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE und PSYCHOSOMATIK

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**

ANR 703483547

BSNR 021440998

Ärztchamber Hamburg

Große Bergstraße 211

22767 Hamburg-Altona

040 22 37 19



040 30 99 48 99



praxis@forouher.de



forouher.de



Deutsche Apotheker- und Ärztekammer

IBAN: DE27 3006 0601 0006 0728 42

Steuer-Nr. 41/063/0136



## 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:  gemeinsames Sorgerecht

falls abweichend, wer?: \_\_\_\_\_

**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,

---

Hat oder hatte ihr Kind häufiger **Krampfanfälle/Fieberkrämpfe?**

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 Unterstützung durch **Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Jugendamt 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/in, 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 **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 derartigen Leistungen zählen u. a. auch:

**Atteste/Stellungnahmen** für Behörden, Gerichte oder soziale Einrichtungen (Wohn- und Betreuungsbedarf, Auslandsaufenthalte, Schulform 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 ausliegende Datenschutzgrundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Hamburg, den \_\_\_\_\_

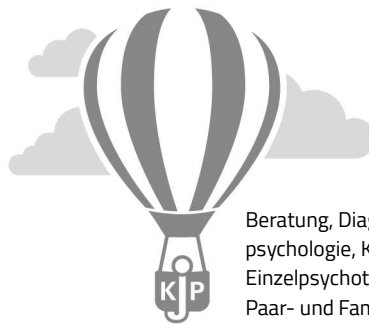
Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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

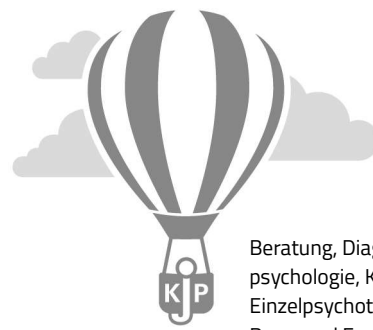
alle hierfür notwendigen Schweigepflichtentbindungen vorzunehmen.

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

Weitere Anmerkungen:

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Telefonnummer des/ der Unterzeichnenden:



**DR. med. NIMA FOROUHER**

## 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 / ReBBZ / Kindergarten:		
_____	_____	_____
Jugendamt / Familienhilfe:		
_____	_____	_____
Arzt / Krankenhaus:		
_____	_____	_____
Psychotherapie / 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.*

