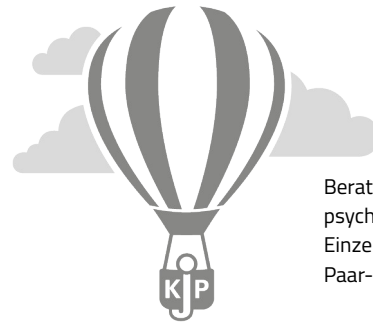


PRAXIS für KINDER- und JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE und PSYCHOSOMATIK

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

LANR 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? _____

Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung? _____

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

Sonstiges: _____

Wurden während der Schwangerschaft Drogen und/oder Alkohol konsumiert?

nein - ja: _____

Kinderwunschbehandlung?

nein - ja: _____

Geburt:

Schwangerschaftswoche: _____ Geburtsgewicht: _____ Größe: _____

Geburtsverlauf: spontan/ Saugglocke/ Kaiserschnitt/ Zange

Komplikationslos oder Komplikationen:

Wurde das Kind gestillt?

nein - ja, wie lang: _____

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: _____

Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (z.B. Unruhe, beim Schlafen, Essen, in sozialen Kontakten)

nein – ja: _____

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!

Angaben zu anderen vertretungsberechtigten Personen/Stellen

Vormund/ Wohngruppe/ KJND / Sonstiges

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon- und Mobilnummer: _____

Seit wann: _____

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!

Honorarvereinbarung

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 _____

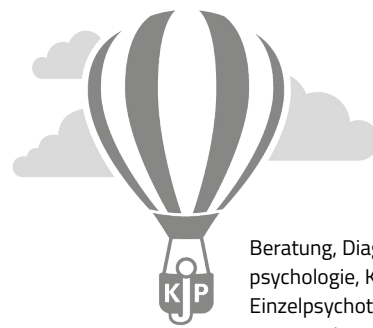
Hamburg, den _____

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.*



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.*

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

DR. med. NIMA FOROUHER



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

Einverständniserklärung für die Verwendung von einem Foto in der Patientenakte

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ein Foto meiner Tochter/ meines Sohnes

_____ (Vor- und Nachname)

_____ (Geburtsdatum)

in der Patientenakte gespeichert werden darf.

Das Foto wird **ausschließlich** in der dazugehörigen Patientenakte gespeichert und kann jederzeit gelöscht werden.

Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden und gilt ansonsten als zeitlich unbeschränkt.

Ich stimme der Speicherung eines Fotos meines Kindes **nicht** zu.
(wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

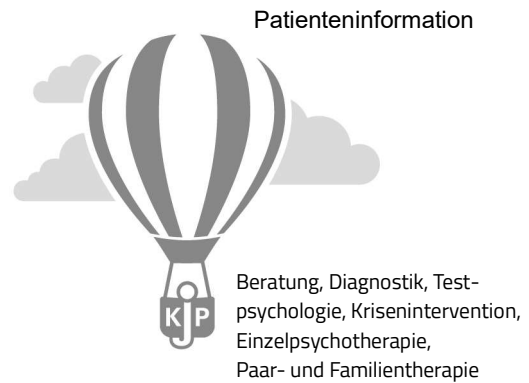
_____ Datum, Ort

_____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



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

DR. med. NIMA FOROUHER



Information und Einverständniserklärung zur ePA (elektronische Patientenakte)

(Stand: 1. Oktober 2025)

Gesetzliche Ausgangslage:

Ohne einen aktiven Widerspruch bei den gesetzlichen Krankenkassen erhalten **alle gesetzlich Versicherten** seit Januar 2025 eine **elektronische Patientenakte (ePA)**. Diese wird automatisch mit medizinischen bzw. therapeutischen Daten gefüllt. Vertragsärzt:innen und Psychotherapeut:innen sind jetzt seit Oktober 2025 gesetzlich dazu verpflichtet, die ePA unaufgefordert mit Befundberichten aus diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie weiteren Behandlungsdaten zu befüllen. Zudem wird u.a. jedes Rezept für Ihr Kind automatisch in der ePA gespeichert. Ebenso werden von den Krankenkassen automatisch Diagnosen, Abrechnungsdaten und Medikationslisten in die ePA eingestellt.

Mögliche Risiken:

Wir sehen es als unsere Verpflichtung an, Sie darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Daten aus unserer Behandlung um hochsensible Daten handelt, bei denen ein Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung besteht. Denn jede Apotheke, jede Arztpraxis, jede Therapiepraxis und jedes Krankenhaus, in dem Ihr Kind jetzt oder auch nach Volljährigkeit behandelt wird, kann Daten einsehen die in der ePA enthalten sind.

Unser Standpunkt:

Für uns Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen haben die ärztliche Schweigepflicht und der vertrauliche Umgang mit den Gesundheitsdaten unserer Patient:innen oberste Priorität. Wir haben in unserer Praxis erhebliche Bedenken zur Speicherung der Daten unserer Patient:innen in der ePA aus den oben genannten Gründen. Wir empfehlen Ihnen deshalb, Ihre Entscheidung zu überdenken, ob Daten aus der der Behandlung in unserer Praxis in die ePA einfließen sollen. Sofern auch Sie grundsätzliche **Bedenken** in Bezug auf die ePA haben, können Sie von Ihrem **Widerspruchsrecht direkt bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse** Gebrauch machen. Der andere Weg ist uns **zu beauftragen, keine Daten aus der Behandlung** in die ePA zu übermitteln.

Weitere Informationen: www.bkjpp.de oder www.kbv.de

LANR 703483547
BSNR 021440998
Ärztammer Hamburg

Große Bergstraße 211
22767 Hamburg-Altona
☎ 040 22 37 19

☎ 040 30 99 48 99
✉ praxis@forouher.de
🌐 forouher.de

Deutsche Apotheker- und Ärztabank
IBAN: DE27 3006 0601 0006 0728 42
Steuer-Nr. 41/063/0136



Erklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Name, Vorname, Geburtsdatum

(Patient:in)

bei Alter unter 15 Jahren vertreten durch

(sorgeberechtigte Personen)

Ich möchte von meinem **Widerspruchsrecht Gebrauch machen** und beantrage hiermit, dass **keinerlei Daten** der Behandlung aus der Praxis von Dr. Nima Forouher in die ePA meines Kindes übertragen werden.

Hinweis: Dieser Widerspruch kann jederzeit widerrufen werden.

Ich bin auf die Möglichkeit eines Widerspruchs hingewiesen worden. Ich **stimme ausdrücklich** der **automatisierten Speicherung** der dafür vorgesehenen Behandlungsdaten aus der Praxis von Dr. Nima Forouher in die ePA meines Kindes zu.

Hinweis: Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Hamburg, den

Ort, Datum

Unterschrift