



Gemeinschaftspraxis für Kinder- u. Jugendpsychiatrie

Dr. med. Adam Alfred

Kinder- u. Jugendpsychiater
Psychoanalyse für Erwachsene

Dr. med. Justina Hönes-Becker

Kinder- u. Jugendpsychiaterin
und -psychotherapeutin

Homöopathie, Neurofeedback

Nymphenburger Str. 156, 80634 München

Tel.: 089-189 512-10 / Fax: 089-189 512-13

sekretariat@praxis-alfred-becker.de

www.praxis-alfred-becker.de

München, den _____

Patientenanmeldeformular (Selbstzahler)

Kind: Vorname: _____ Nachname: _____ geb.: _____

Mutter: Vorname: _____ Nachname: _____ geb.: _____

Vater: Vorname: _____ Nachname: _____ geb.: _____

Sorgerecht:

gemeinsames Sorgerecht

Familiensituation:

zusammenlebend **oder** getrenntlebend

alleiniges Sorgerecht:

Mutter **oder** Vater

(bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht wird eine Einverständniserklärung des zweiten Elternteils benötigt, da ansonsten keine Behandlung unsererseits erfolgen kann und darf)

Adresse des/der Sorgeberechtigten: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Rechnungsadresse und -empfänger: _____

Vorstellungsgrund: _____

Notiz: _____

Da wir eine reine Bestellpraxis sind, bitten wir um **rechtzeitige Absage (mind. 24 Stunden vorher)** per Fax, Mail oder Telefon. Wir können kurzfristig abgesagte Termine nicht wieder belegen und müssen sie Ihnen ggf. in Rechnung stellen.

Bitte bringen Sie zum Termin unbedingt folgende Unterlagen Ihres Kindes mit:

- ✓ das letzte Zwischen- und Jahreszeugnis in **Kopie**
- ✓ den **Lehrerfragebogen**, der auf unserer Homepage über den Button "Anmeldung" zu finden ist
- ✓ (falls vorhanden) Testunterlagen / Arztbrief in **Kopie**
- ✓ **Einverständniserklärung** des 2. Elternteils, wenn Sie bei gemeinsamen Sorgerecht getrennt leben (**vorab per Mail**)

Bitte beachten Sie, dass die Kosten für das Verfassen von fachärztlichen Stellungnahmen bzw. Gutachten (z.B. Legasthenie, Dyskalkulie, Jugendamt, Gericht etc.) zusätzlich zu den Untersuchungskosten dazukommen. Sie betragen nach der Gebührenordnung GOÄ je nach Arbeitsaufwand ca. 50€ für eine fachärztliche Stellungnahme, die für Schulbelange (z.B. für LRS-Bescheinigung) völlig ausreichend ist. Die ausführlichen Jugendamt- und Gerichtgutachten werden nach Zeitaufwand, entsprechend der Gebührenordnung, berechnet und können zwischen 350€ und 500€, z.B. für Jugendamtgutachten (Schulbegleiter etc.) liegen. Im Zweifel lassen Sie sich bitte einen Kostenvoranschlag von uns erstellen.

Kosteninfo zur Neurofeedbacktherapie: Die Abrechnung erfolgt nach der GOÄ-Ziffer 886 analog in Höhe von 93,84 € pro Sitzung. Die Termine mit Dr. Alfred bzgl. der Therapie kommen zusätzlich dazu.

Wir bitten um Begleichung der ersten Rechnung in der Praxis per EC-Karte oder bar gegen Quittung. Danach erfolgt die Rechnungsstellung monatlich.

Unterschrift Sorgeberechtigter



Gemeinschaftspraxis für Kinder- u. Jugendpsychiatrie

Dr. med. Adam Alfred
Kinder- u. Jugendpsychiater
Psychoanalyse für Erwachsene

Dr. med. Justina Hönes-Becker
Kinder- u. Jugendpsychiaterin
und -psychotherapeutin

Homöopathie, Neurofeedback

Nymphenburger Str. 156, 80634 München

Tel.: 089-189 512-10 / Fax: 089-189 512-13

sekretariat@praxis-alfred-becker.de

www.praxis-alfred-becker.de

München, den _____

Eltern-Anamnese-Bogen

Vor- und Nachname des Kindes: _____ Alter: _____

Vorstellungsgrund:

Beginn des Problemverhaltens: _____

Familiensituation (zusammen-/getrenntlebend; gemeinsames/alleiniges Sorgerecht;
Geschwister): _____

Alter und Beruf der Mutter: _____

Alter und Beruf des Vaters: _____

Vorerkrankungen in der Familie: _____

Belastende Faktoren: _____

Säuglings- und Kleinkindalter

Schwangerschaftsverlauf (unkompliziert, Rauchen, Alkoholgenuss in der Schwangerschaft,
Wehenhemmer etc.): _____

Geburt (Frühgeburt, Sauerstoffmangel etc.): _____

Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9): _____

Motorische/Körperliche Entwicklung: _____

Sprachentwicklung: _____

Sauberkeitsentwicklung: _____

Sozial-emotionale Entwicklung: _____

Kindergartenalter

Verhaltensauffälligkeiten (Trennungsprobleme, Hyperaktivität etc.): _____

Schulzeit

Einschulung: _____

Hortbesuch oder andere Einrichtung: _____

Einschneidende Lebensereignisse: _____

Krankheiten/Operationen/Unfälle/Allergien

Epilepsie, Hirnhautentzündung, Schädelhirntraumata etc.: _____

Therapien /Medikation

Bisherige medikamentöse Behandlungen, therapeutische Interventionen oder Krankenhausaufenthalte (Tagesklinik, stationär, Dauer und Grund der Therapie, abgeschlossen/laufend?):

Verdachtsdiagnose und weitere Maßnahmen: