

## 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](mailto:sekretariat@praxis-alfred-becker.de)

[www.praxis-alfred-becker.de](http://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**)

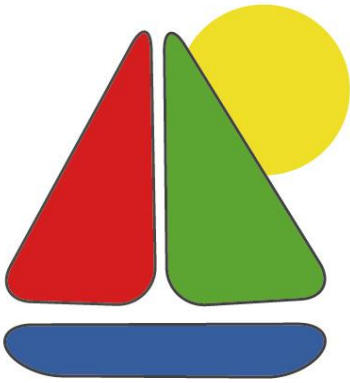
Bitte beachten Sie, dass die Kosten für das Verfassen von fachärztlichen Stellungnahmen bzw. Gutachten (z.B. Legasthenie, Dyskalkulie, Jugendamt, Gericht etc.) zusätzlich zu den Untersuchungskosten dazukommen. Die Privatversicherungen übernehmen die entsprechenden „Schreibgebühren“ kaum. Nach der Gebührenordnung GOÄ verwenden wir für die ärztliche Stellungnahme nach der Diagnostik die Ziffern 85 und 95 (plus x Seitenzahl, circa 80€). Für eine fachärztliche Stellungnahme, die für Schulbelange (z.B. für eine LRS-Bescheinigung) ist, verwenden wir die Ziffer 75 (circa 20€). Die ausführlichen Jugendamt- und Gerichtgutachten werden nach Zeitaufwand, entsprechend der Gebührenordnung, berechnet und können zwischen 350€ und 500€, z.B. für Jugendamtsgutachten (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 und Dr. Hönes Becker 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](mailto:sekretariat@praxis-alfred-becker.de)  
[www.praxis-alfred-becker.de](http://www.praxis-alfred-becker.de)

---

### 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, Alkoholkonsum 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:**