

Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderkardiologie
Dr. med. Ranny Goldwasser und Dr. med. Stephan Oberle
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderkardiologie – Intensivmedizin
Dr. med. Tamaris Zwickler
Fachärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Anmeldung für einen Termin in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Sprechstunde

Liebe Patient*innen und liebe Eltern,

mit diesem Anmeldebogen möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, sich bzw. Ihr Kind bei uns einmalig im Quartal anzumelden sowie uns erste Informationen hierfür zukommen zu lassen. In 2 Terminen wird der Bedarf gemeinsam geprüft und die Indikation für eine folgende Behandlung fachärztlich geklärt.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und lassen Sie ihn uns per E-Mail (an folgende Adresse: erstvorstellung@kinderpraxis-go.de) ausgefüllt zukommen. Bitte achten Sie darauf, dass Sie uns korrekte Kontaktdaten (E-Mailadresse und Telefonnummer) angeben, so dass wir Ihnen eine Rückmeldung geben können.

Wir entscheiden dann je nach Anliegen und Kapazität, ob wir Ihnen für den darauffolgenden Zeitraum einen Termin anbieten können. Wir melden uns mit einer **Terminzusage** innerhalb von ca. 4 Wochen nach Ablauf der Anmeldefrist bei Ihnen. **Wenn wir uns bis dahin nicht mit Ihnen in Verbindung gesetzt haben, bedeutet dies, dass wir Ihnen zum aktuellen Zeitpunkt leider keinen Termin geben können** Selbstverständlich können Sie zum nächstmöglichen Zeitpunkt (www.kinderpraxis-go.de) erneut einen Anmeldebogen ausfüllen.

Wichtiger Hinweis: Wir bitten um Ihr Verständnis, dass Anfragen zur Erstvorstellung ausschließlich in dem auf der Website genannten Zeitraum und nur über die Adresse „erstvorstellung@kinderpraxis-go.de“ bearbeitet und beantwortet werden können. Anfragen außerhalb dieses Fensters oder an andere Adressen können wir leider nicht berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen,

Fr. Dr. med. Tamaris Zwickler, Hr. Jona Verdong-Liebenwein, Fr. Laura Herzog



Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderkardiologie
Dr. med. Ranny Goldwasser und Dr. med. Stephan Oberle
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderkardiologie – Intensivmedizin
Dr. med. Tamaris Zwickler
Fachärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Name des Patienten/ der Patientin:	
Geburtsdatum:	Alter:
Adresse:	
Telefonnummer/ Mobiltelefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Krankenkasse/ -versicherung:	Versichert über (Name):
Kinderarzt*ärztin/ Hausarzt*ärztin:	Ort:
Überweisende*r Arzt*Ärztin/ Psychotherapeut*in:	Ort:
Wer hat die Vorstellung in unserer Praxis empfohlen?	
Gibt es Geschwister, welche bereits bei uns behandelt werden? □ ja □ nein	
Gibt es Vorerkrankungen/ Allergien?	
Finden regelmäßige Medikamenteneinnahmen statt? □ nein □ ja, welche:	
Gab es bereits vorangehende psychologische, psychotherapeutische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik oder Behandlungen? Wenn ja, wann und wo? <u>Bitte reichen Sie uns die Vorbefunde mit ein!</u>	
Läuft derzeit eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung oder eine Psychotherapie an einer anderen Stelle? Wenn ja, wo?	
Bitte beschreiben Sie uns kurz die aktuelle Problematik bzw. Ihr Anliegen an uns:	
Wer hat das Sorgerecht?	
Sind alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung in unserer Praxis einverstanden? □ ja □ nein	
Ort, Datum	*Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten*

Einverständniserklärung: Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind in der o.g. Praxis kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt wird. Ich stimme zu, dass Daten zur ausschließlichen Verwendung in der Praxis aufgezeichnet und archiviert werden dürfen. Bei Abgabe des Schreibens mit nur einer Unterschrift wird vom Unterschreibenden damit bestätigt, dass das alleinige Sorgerecht vorliegt.