Dr. med. Alexander Miller
Ärztlicher Psychotherapeut
Facharzt für Allgemeinmedizin
Suchtmedizin - Palliativmedizin

Dr. med. Vera Zimmer
Ärztliche Psychotherapeutin für Kinder & Jugendliche
Fachärztin für Kinderheilkunde & Jugendmedizin
Naturheilverfahren - Sportmedizin

63755 Alzenau, Märkerstrasse 2a ✉ medpt@t-online.de www.medpt.de ✆ 06023- 7059596

# Neuaufnahme Kinder – Information für die Eltern / Sorgeberechtigten

Liebe Eltern,

vielen Dank für Ihre Bestätigung des Termins für das Erst-Gespräch in unserer Praxis.

Nachfolgend erhalten Sie wichtige Infos zum weiteren Vorgehen und einen Aufnahmebogen für Ihr Kind. Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, dann machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig und Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

**Wichtig:** Bitte bestätigen Sie am Ende des Fragebogens die gemachten Angaben und den Erhalt und Ihre Zustimmung zu allen Anlagen mit Ihrer Unterschrift und senden Sie den Fragebogen dann innerhalb von einer Woche entweder per Post oder per E-Mail an uns zurück.

Vielen Dank!

**Anlagen**

1. Hinweise für Ihren ersten Besuch / Erst-Termin in unserer Praxis
2. Patienteninformation zum Datenschutz
3. Merkblatt zur Regelung bei Nichterscheinen zum Termin
4. Aufnahme-Bogen (**wichtig:** diese Anlage bitte ausdrucken, ausfüllen und fristgerecht zurücksenden!)

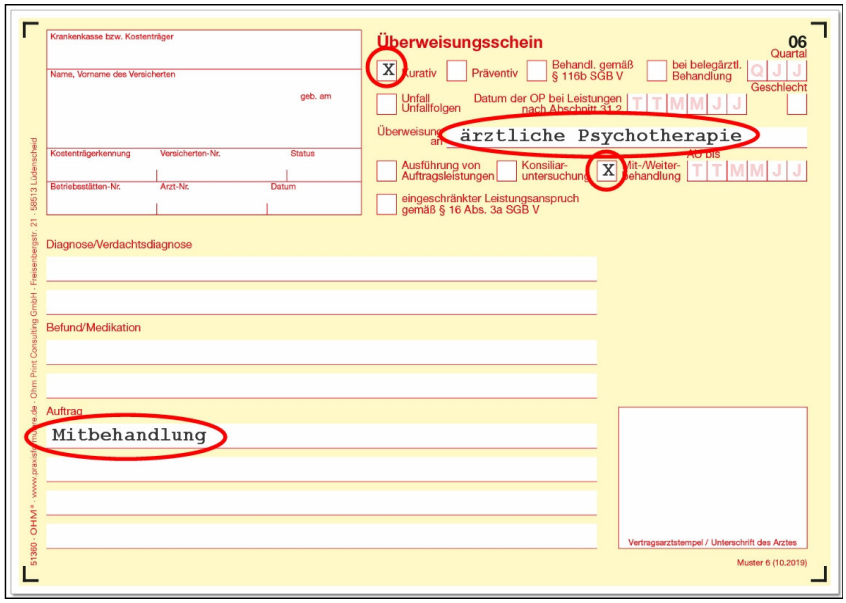
Anlage 1 **Hinweise für Ihren ersten Besuch / Erst-Termin in unserer Praxis**

- Bitte erscheinen Sie zu Ihrem Termin pünktlich (das bedeutet: Möglichst nicht früher als 10 Minuten vor dem Termin und nicht zu spät). Sollten Sie unvorhersehbar verhindert sein oder sich verspäten, dann teilen Sie uns dies bitte unverzüglich per E-Mail an familienaerzte@t-online.de mit.

- Bei gesetzlich Versicherten:

  - Bitte bringen Sie Ihre gültige Krankenversichertenkarte oder einen gültigen Nachweis über Ihren Versichertenstatus mit.

  - NUR wenn Sie / Ihr Kind an der „hausarztzentrierten Versorgung“ teilnehmen und dadurch verpflichtet sind, immer nur einen bestimmten Hausarzt oder Kinderarzt aufzusuchen, benötigen wir einen Überweisungsschein von diesem. Die Überweisung sollte an den rot markierten Stellen wie folgt aussehen:


Überweisungsschein

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

06 Quartal

[X] Kurativ [ ] Präventiv [ ] Behandl. gemäß § 116b SGB V [ ] bei belegärztl. Behandlung

[ ] Unfall Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Geschlecht

Überweisung an: ärztliche Psychotherapie

[ ] Ausführung von Auftragsleistungen [ ] Konsiliar-untersuchung [X] Mit-/Weiter-behandlung

AU bis

[ ] eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Mitbehandlung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)

51380 - OHM® - www.praxisformulare.de - Ohm Print Consulting GmbH - Freiesteinstr. 21 - 58313 Lüdenscheid

**Wenn Sie nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, dann benötigen wir KEINEN Überweisungsschein von Ihnen**

- Bitte bringen Sie alle wichtigen Vorbefunde (z.B. zu vorangegangenen Therapien und Klinikaufenthalten) und, falls vorhanden, einen aktuellen Medikamentenplan, mit.

- Wenn wir uns in einem Gespräch befinden, können wir die Praxistür nach dem Klingeln nicht immer sofort für Sie öffnen. Bitte warten Sie in diesen Fällen ungefähr 2 Minuten, bevor Sie erneut klingeln.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anlage 2

# Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

## 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

medpt Dr. Alexander Miller, Märkerstr.2a, 63755 Alzenau praxis@medpt.de, Tel. 06023 - 7059596

## 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

## 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

## 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Postfach 1349, 91504 Ansbach, Tel.: 09811800930, E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

## 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Anlage 3 **Regelung bei Nichterscheinen zum Termin**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

durch langjährige Praxiserfahrung wissen wir, dass im Bereich der psycho-somatischen Medizin eine „Drei-Minuten-Medizin“ nicht funktioniert. Termine mit genug Zeit für Sie sind wichtig, um Ihren gesundheitlichen und psychischen Anliegen gerecht werden zu können. In unserer Praxis können wir uns diese Zeit für Sie nehmen und vergeben dem entsprechend längere Termine. Für ein Erstgespräch z.B. planen wir im Normalfall 50 Minuten für Sie oder Ihr Kind ein. Diese Zeit wird dann fest für Sie / Ihr Kind reserviert. Diese Termine sind sehr knapp und viele Patienten müssen lange darauf warten. Deshalb ist es für unsere Praxisorganisation unerlässlich, dass Sie Ihre mit uns vereinbarten Termine auch pünktlich wahrnehmen.

**Wichtig: Die nachfolgend aufgeführten Termin-Ausfallregelungen betreffen Sie in keiner Weise, wenn Sie Ihren Termin, so, wie Sie diesen mit uns gemeinsam festgelegt haben, ganz normal wahrnehmen.**

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, einen bereits mit uns vereinbarten Termin wahrzunehmen, dann haben Sie die Möglichkeit, diesen Termin mindestens 3 Arbeitstage (Montag bis Freitag) vorher abzusagen (am besten per E-Mail an praxis@medpt.de) oder mit uns den Termin zu verschieben, dafür entstehen Ihnen keine Kosten.

Nur für den Fall, dass Sie unentschuldigt nicht zum vereinbarten Termin erscheinen und diesen zuvor auch nicht rechtzeitig abgesagt haben, wird ein privatärztliches Ausfallhonorar fällig. Dieses richtet sich analog nach der aktuell geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ96) und beträgt für einen 50-Minuten Termin (z.B. Erstaufnahme-Gespräch) 140.- EUR.

Für kürzere Termine beträgt das Ausfallhonorar je angefangene fünf Termin-Minuten 14.- EUR, also z.B. für einen 15-Minuten-Termin 42.- EUR.

Für einen nicht abgesagten Gruppen-Psychotherapie-Termin (Dauer 100 Minuten) beträgt das Ausfallhonorar 70.- EUR

Diese Regelungen gelten nicht bei Terminausfällen aufgrund höherer Gewalt, die vom Patienten (bei Kindern: ihren Sorgeberechtigten) nicht abwendbar waren. Auch bei einer akuten, unvorhersehbaren Erkrankung können wir Sie vom Ausfallhonorar befreien. Wir behalten uns in solchen Fällen vor, einen geeigneten Nachweis von Ihnen zu verlangen (z.B. ein ärztliches Attest).

Ein Ausfall-Honorar wird sofort nach dem Versäumen des Termins mit unserer Rechnungslegung fällig. Die Erstattung durch eine gesetzliche oder private Krankenkasse ist regelmäßig nicht möglich.

Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Aufnahme-Bogens bestätigen Sie den Erhalt und Ihr Einverständnis mit dieser Regelung.

Vielen Dank für Ihr freundliches Verständnis,

Ihre medpt-Praxis Alzenau - Dr.Miller & Dr.Zimmer

Anlage 4 **Aufnahme-Bogen Neupatienten Kinder und Jugendliche**

Bitte die nachfolgenden Seiten des Fragebogens ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und **innerhalb von 7 Tagen nach Erhalt** an uns zurücksenden: Per E-Mail an**:** **praxis@medpt.de** (bitte beachten Sie dabei den Schutz Ihrer Daten - Sie können auch passwortgeschützte PDF´s per E-Mail an uns senden). Alternativ ist ein Postversand möglich. Als Einleger für einen Fensterumschlag mit unserer Adresse kann diese erste Seite ausgedruckt werden.

An die
Arztpraxis medpt
Dr. med. Alexander Miller
Märker Str. 2a
**63755 Alzenau**

Dr. med. Alexander Miller
Ärztlicher Psychotherapeut
Facharzt für Allgemeinmedizin
Suchtmedizin - Palliativmedizin

Dr. med. Vera Zimmer
Ärztliche Psychotherapeutin für Kinder & Jugendliche
Fachärztin für Kinderheilkunde & Jugendmedizin

63755 Alzenau, Märkerstrasse 2a ✉ medpt@t-online.de www.medpt.de ✆ 06023- 7059596

# Patientenfragebogen (Kinder / Jugendliche)

**Liebe Eltern,**

herzlich willkommen in unserer medpt-Praxis. Um Ihr Kind optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, dann machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt. Bitte bestätigen Sie am Ende des Dokuments die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben mit Ihrer Unterschrift, vielen Dank.

## Persönliche Daten Ihres Kindes

Vorname(n): .....
Nachname: .....
Geburtsdatum: .....
Geschlecht: .....
Nationalität: .....

Adresse (Wohnort, Strasse) :
.....

Telefon: .....
Mobiltelefon : .....

Versichertenstatus:

❑ gesetzlich ❑ privat ❑ PostB / KVB

❑ Sonstige:.....

---

### Erstes Elternteil / Sorgeberechtigte(r)

Vorname : .....
Nachname: .....
Geburtsdatum: .....
Beruf: .....

❑ ist Hauptversicherte(r)
❑ ist sorgeberechtigt
❑ ist leibliche(r) Mutter oder Vater
❑ .....

Telefon: .....
Mobiltelefon : .....
Email:.....
Adresse: ❑ wie bei Kind
.....
.....

Sonstige Hinweise :

.....

### Zweites Elternteil / Sorgeberechtigte(r)

Vorname : .....
Nachname: .....
Geburtsdatum: .....
Beruf: .....

❑ ist Hauptversicherte(r)
❑ ist sorgeberechtigt
❑ ist leibliche(r) Mutter oder Vater
❑ .....

Telefon: .....
Mobiltelefon : .....
Email:.....
Adresse: ❑ wie bei Kind
.....
.....

Sonstige Hinweise :

.....

**Die Familie betreffende Gesundheitsfragen**
Gibt es in der leiblichen Familie (Eltern, Geschwister) Ihres Kindes folgende Krankheiten ?

- ❑ Bluthochdruck
- ❑ Herzinfarkt
- ❑ Schlaganfall
- ❑ Zuckerkrankheit / Diabetes
- ❑ Tumorerkrankungen
- ❑ Blutungsneigung, Bluterkrankungen
- ❑ Nerven-/Gemütskrankheiten
- ❑ Tumorerkrankungen, Krebs
- ❑ vererbbare Krankheiten

**1. Geschwisterkind**

❑ leiblicher Bruder ❑ leibliche Schwester

❑ ……..……

Alter: …… Jahre

Vorname, Name

……

Besonderheiten / chron. Erkrankungen:

……..

……

……

**2. Geschwisterkind**

❑ leiblicher Bruder ❑ leibliche Schwester

❑ ……..……

Alter: …… Jahre

Vorname, Name

……

Besonderheiten / chron. Erkrankungen:

……..

……

……

**3. Geschwisterkind**

❑ leiblicher Bruder ❑ leibliche Schwester

❑ ……..……

Alter: …… Jahre

Vorname, Name

……

Besonderheiten / chron. Erkrankungen:

……..

……

……

**4. Geschwisterkind**

❑ leiblicher Bruder ❑ leibliche Schwester

❑ ……..……

Alter: …… Jahre

Vorname, Name

……

Besonderheiten / chron. Erkrankungen:

……..

……

……

**Fragen zur Vorgeschichte und zur Gesundheit Ihres Kindes**

Körpergröße..... cm Gewicht: ..... kg

**Schwangerschaftsverlauf**

- ❑ unauffällig
- ❑ mit Schwierigkeiten / Komplikationen und zwar:
  ……
  ……
  ……

**Geburt**

Schwangerschaftswoche:……

- ❑ unauffälliger Geburtsverlauf
- ❑ mit Schwierigkeiten / Komplikationen und zwar:
  ……
  ……
  ……
- ❑ Spontangeburt
- ❑ eingeleitete Geburt
- ❑ Hausgeburt

**Bisherige Krankheiten**

- ❑ häufige Infektionskrankheiten
- ❑ häufige Bronchitis
- ❑ Lungenentzündung
- ❑ Herz-Kreislauferkrankungen, z.B. Herzfehler / Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen
- ❑ Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- ❑ Krankheiten des Bauches, der Bauchorgane, Nieren oder Geschlechtsorgane
- ❑ Krampfleiden (Epilepsie) oder andere Nervenerkrankungen
- ❑ Krankheiten der Wirbelsäule, des Bewegungsapparates und der Gelenke (z.B. Arthrose, Skoliose, Rheuma)
- ❑ Psychische Erkrankungen
- ❑ Essprobleme / Gewichtsprobleme / besondere Ernährungsweisen:
  ……
- ❑ Tumorerkrankungen / Krebs
- ❑ Sehstörungen / Schielen
- ❑ Ohrkrankheiten / Hörstörungen
- ❑ Behinderungen
- ❑ Allergien: ……
- ❑ Stoffwechselkrankheiten (Zuckererkrankung / Schilddrüse,…)
- ❑ Sonstige Krankheiten / nähere Angaben:
  ……
  ……
  ……
- ❑ Bisherige Krankenhausaufenthalte / Operationen:
  ……
  ……
  ……
  ……

**Bestehen aktuell Zeichen oder Hinweise für ansteckende Krankheiten bei Ihrem Kind ?**
(Beispiele: Durchfall, Fieber, Hautausschläge, Lausbefall, Würmer im Stuhl, Krätze, ….)

❑ Ja ❑ Nein

**Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein ?**
Bitte alle Medikamente mit der aktuellen Dosierung eintragen

……

……

……

**Impfungen:**
Welche Schutzimpfungen hat Ihr Kind erhalten ?

❑ Tetanus ❑ Diphterie ❑ Hepatitis B ❑ HiB ❑ Polio ❑ Keuchhusten / Pertussis

❑ Pneumokokken ❑ Rotaviren ❑ Meningokokken ❑ Masern/Mumps/Röteln ❑ Windpocken

❑ ……

Konnten alle vorgesehenen Impfungen durchgeführt werden ?

❑ Ja ❑ Nein ❑ ……

**Vorsorgeuntersuchungen:**
Hat Ihr Kind an den empfohlenen Kinder-Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen ?

❑ Ja ❑ Nein ❑ Teilweise

Datum der letzten Vorsorgeuntersuchung : …….

Bei (Ärztin /Arzt): ……..

Gab es Auffälligkeiten / Feststellungen bei den Vorsorgeuntersuchungen ?

❑ Keine ❑ Folgende:

……

**Entwicklung**
Bitte geben Sie an, mit wie vielen Monaten Ihr Kind folgende Entwicklungsschritte erreicht hat:

**Freies Sitzen** .....Monate **Krabbeln** .....Monate **freies Laufen** .....Monate
**Zahnen** .....Monate **erste Worte** .....Monate **Fremdeln** .....Monate
**tags trocken** .....Monate **nachts trocken** .....Monate

**Befindet sich Ihr Kind zur Zeit auch anderweitig in Behandlung ? Wenn ja, wo ?**
(Ärzte, Psychologen, Logopäden, Ergotherapeuten, SPZ, Frühförderstelle)
……..

……..

**Wird Ihr Kind auch von anderen als den o.a. sorgeberechtigten Personen betreut ?**

❑ nein
❑ Familie: ……. ……. Stunden / Tag
❑ Kindergarten / Hort : ……. ……. Stunden / Tag
❑ Andere: ……. ……. Stunden / Tag

**Schulbesuch - Schulart**

Klasse: ……... ❑ Förderschule ❑ Vorschule ❑ Grundschule ❑ Mittelschule
❑ Gesamtschule ❑ Realschule ❑ Gymnasium ❑ Sonstige: ……..

Kindergarten-/ Schulschwierigkeiten:……

Teilleistungsschwächen: ❑ Lese- und/oder Schreibschwäche ❑ Rechenschwäche

**Weitere Fragen zu Kindern ab Schulalter:**

| | **ja** | **nein** |
|---|---|---|
| Regelmäßige Teilnahme am Schulsport | ❑ | ❑ |
| Rauchen / Nikotin ? | ❑ | ❑ |
| Alkoholkonsum ? | ❑ | ❑ |
| Drogenkonsum (z.B. Cannabis, Kokain,…) ? | ❑ | ❑ |
| Soziale Probleme ? | ❑ | ❑ |

**Hobbys / Freizeitaktivitäten / Suchtverhalten**

Hobbys :……
Haustier(e): ……..
Vereine: ……
Konfession / Glaubensbesonderheiten:……...

**Freunde:** ❑ normale Kontakte ❑ besonders viele ❑ keine / besonders wenige

**Medienkonsum Ihres Kindes (**Art und Umfang, z.B. Fernsehen, Computer, Konsolen, Handy**)**

……..

**Weitere Hinweise, die Sie uns geben möchten:**

……..……..
……..

**Abschließende Erklärung des vertretungsberechtigen Elternteils / Sorgeberechtigten**

Ich habe die Informationen **„Patienteninformation zum Datenschutz“** und die **„Regelung bei Nichterscheinen zum Termin“** erhalten, gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden. Meine Angaben im Patientenfragebogen sind wahrheitsgemäß und vollständig. Mit einer **Kommunikation per E-Mail** bin ich ebenfalls einverstanden:

| …… | …… | …… |
|---|---|---|
| Ort, Datum | Name, Vorname in Druckbuchstaben | Unterschrift |