



Unterlagen für den Erstvorstellungstermin

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zum Erstvorstellungstermin mit:

Wichtig: Bitte bringen Sie die benötigten Unterlagen im Original unterschrieben mit, wir scannen die Dokumente vor Ort ein und Sie erhalten die Originaldokumente wieder zurück.

- U-Heft
- Ausgefüllter Patientenmeldebogen (8 Seiten)
- Einverständniserklärung für Ausfalltermine (2 Seiten)
- Einverständniserklärungen: Behandlungseinverständnis, Patientenfoto und Schweigepflichtsentbindung (2 Seiten)
- Krankenversichertenkarte evtl. Überweisung
- Vorhandene Zeugnisse / Bildungsdokumente der Kiga
- ggf. vorhandene Vorbefunde
- Datenschutzerklärung (2 Seiten)

Unbedingt erforderlich:

Die Behandlung kann nur stattfinden, wenn uns die Behandlungserklärung von **beiden** Erziehungsberechtigten zum Erstvorstellungstermin unterschrieben vorliegt.

Falls das Sorgerecht nur bei **einem** Elternteil liegen sollte, so muss uns ein entsprechendes Dokument (**Gerichtsbeschluss/ Bescheinigung des Jugendamtes**) vorgelegt werden.

Bei Nichtvorlage beider Unterschriften oder eines Gerichtsbeschlusses bzw. Bescheinigung des Jugendamtes kann der Termin leider nicht stattfinden.

Bitte beachten Sie folgende zeitliche Regelungen:

Ihr Termin beim Arzt/bei der Ärztin beginnt in der Regel immer **10 Minuten nach der vollen Stunde**. Kommen Sie bitte etwa 10 Minuten vor dem Termin, d.h. etwa zur vollen Stunde, damit wir hier die Möglichkeit haben, die Akte anzulegen und ein Einblick in ihre Unterlagen haben.

Ihr Praxisteam Gerald S. Langner



Patient/-in Anmeldebogen (8 Seiten)

1. Patient/-in:

Name:

Vorname:

geb. am:

Staatsangehörigkeit:

Religion:

Straße/Haus-Nr./PLZ/Ort:

Tel.:

Mobil Nr.:

zurzeit in:

Kindergarten:

Schule:

Klasse:

Anzahl Schuljahre:

Übermittagsbetreuungsort:

Bis

Uhr

Ausbildung:

2. Behandelnde/r Kinderarzt/Ärztin oder Hausarzt/Ärztin:

3. Vorbehandlungen:

Zentrum für Frühförderung (FFZ)

sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Kinder- und Jugendpsychiatrie Praxis / Klinik

Psychotherapie

Sprachtherapie/Logopädie

Ergotherapie

Jugendhilfe ambulant / stationär

andere:



4. Leibliche Eltern:

	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Tel. / Mobil Nr.:		
Staatsangehörigkeit		
Schulabschluss		
Beruf		
jetzige Tätigkeit		

gemeinsamer Haushalt: ja nein

gemeinsames Sorgerecht: ja nein

andere Bezugspersonen in Zweit-Elternfunktion: nein ja

5. Geschwister:

Name	m / w	Geburtstag	KiGa/Schulform	Klasse	Ausbildung/Beruf

6. Weshalb stellen Sie Ihr Kind zur Untersuchung vor?

Welche Auffälligkeiten zeigt Ihr Kind?

Hiermit bestätigen wir den Termin zur Erstvorstellung am

Ort/Datum:

Unterschrift:



Fragen zur körperlichen Gesundheit während der Schwangerschaft und Geburt:

Schwangerschaft:

Besonderheiten (Stressfaktoren, Komplikationen):

	Nein	Ja, folgende	
		Ja	Nein
geplant			
erwünscht			
Nikotin		Menge:	Zig../tgl.
Alkohol		Menge:	/tgl.
Medikamente		Welche :	(z.B. Wehenhemmer, Antibiotika)

Geburt in SSW:

Geb. Gewicht kg Geb.länge: cm APGAR 5'/10': / Kopfumfang: cm

Schädellage Beckenendlage Querlage Spontan Zange, Saugglocke

Krankenhausgeburt: Ja Nein
vaginale Entbindung: Ja Nein (Kaiserschnitt)

Besonderheiten bei Geburt: Ja Nein

(z.B. Lageabweichung, Nabelschnurumschlingung, Plazenta-Störung, vorzeitiger Blasensprung, grünes Fruchtwasser, auffällige Herztöne im CTG, Fehlbildungen)

Besonderheiten in Neugeborenen Periode: Ja Nein

(z.B. verstärkte Gelbsucht mit Fototherapie/ Blutaustausch/ Blutvergiftung/ Krämpfe/ Brutkasten/ Intensivmaßnahmen?)

Stillen, bis Monate kein Stillen, wegen:



Körperlicher Gesundheitszustand des Patienten:

Kinderkrankheiten:

Windpocken

Scharlach

gesicherte Diagnose

Andere:

Allergien:

folgende Allergien

Gräser

Antibiotika

Andere:

kein Anhalt

Pollen

Verdacht

Hausstaubmilben

regelmäßig geimpft?

Ja

Nein

schwerere Allgemeinerkrankungen

rezidivierende HNO-Infekte /Mittelohrentzündungen

rezidivierende Erkältungen /Bronchitiden

Unfälle/ Traumata (Schädel-Hirn-Trauma?)

Operationen:

keine

Leistenbruch OP

Entfernung der Rachenmandeln

Paukenröhrchen

Phimosen-OP „Beschneidung“

Nasenpolypen Entfernung

andere OP:

Hörfähigkeit: untersucht:

schulärztlich

kinderärztlich

HNO-ärztlich

Normalbefund

Hörminderung links/ rechts Grad:

Befundbericht wird nachgereicht

nicht ärztlich untersucht

Sehfähigkeit: untersucht:

schulärztlich

kinderärztlich

augenärztlich

Normalbefund

auffälliger Befund

Befundbericht wird nachgereicht

nicht ärztlich untersucht

Visuskorrektur:

Brille mit Plus Glas bei Weitsichtigkeit: +dpt:

Brille mit Minusglas bei Kurzsichtigkeit: -dpt:

Kontaktlinsen

Schielen: ja nein

Hornhautverkrümmung

Kontrolle der Sehfähigkeit: zuletzt am

wieder fällig am



Auffälligkeiten/ Essverhalten /Medikamente:

<p>Fragen zu evtl. Auffälligkeiten:</p> <p>körperliche Beschwerden?</p> <p>Keine</p> <p>wenn ja:</p> <p>Bauchschmerzen: häufig ab und zu</p> <p>Kopfschmerzen: häufig ab und zu</p> <p>Einschlafstörung: häufig ab und zu</p> <p>Durchschlafstörung: häufig ab und zu</p> <p>Appetit</p> <p>Ungestört vermindert gesteigert</p> <p>anderes:</p> <p>Vor allem in folgenden Situationen:</p> <p>Zuhause vor/während/nach der Schule</p> <p>Andere:</p> <p>Seit: zunehmend gebessert</p>	<p>Essverhalten:</p> <p>unauffällig</p> <p>auffällig:</p> <p>ungezügelt</p> <p>Essattacken</p> <p>Erbrechen im Anschluss an Nahrungsaufnahme</p> <p>übermäßiges Zerteilen der Nahrung</p> <p>eingeschränkte Nahrungsauswahl</p> <p>verringerte Nahrungsaufnahme</p> <p>Einstellung zum Körper:</p> <p>unauffällig auffällig</p> <p>Körperempfinden als:</p> <p>zu dick</p> <p>falschproportioniert</p> <p>Sonstiges:</p>
--	--

<p>Medikamente:</p> <p>keine</p> <p>Medikation: Methylphenidat (Bsp.: Ritalin, Medikinet, Equasym)</p> <p>aktuelle Dosis: /Tag</p> <p>Nebenwirkungen?</p> <p>Nein ja:</p> <p>Andere Medikamente:</p> <p>verordnet von:</p>



Sehr geehrte Eltern,

bitte füllen Sie die mit * gekennzeichneten Felder nach Möglichkeit aus.
Dies erleichtert den Therapeuten die spätere Behandlung.

Vielen Dank.

Patient	
* Name:	
* Alter:	
Diagnose:	
Aktuelle Behandlung:	
Schule	
* Schule/ Schulform:	
* Klasse:	
* Lehrerin:	
Familie	
* Sorgerecht:	
* Lebensmittelpunkt:	
* Umgangskontakte:	
* Geschwister:	
* Besondere Lebensereignisse	
* Sonstiges	
Medikation	
Medikament:	
Dosierung:	



Einverständniserklärungen (2 Seiten)

1. Behandlungseinverständniserklärung:

Ich bin mit der Diagnostik und Behandlung in der Praxis Gerald S. Langner,
Vogelsanger Straße 106-108, 50823 Köln Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und –Psychotherapie meines Sohnes/Tochter geboren am
einverstanden.

Datum Unterschrift Unterschrift Unterschrift Vormund
sorgeberechtigten Mutter sorgberechtigten Vaters

Diese Erklärung kann ich jederzeit und ohne Begründung schriftlich widerrufen.

2. Einverständniserklärung für ein Patientenfoto für die Patientenakte:

Ich bin mit der Aufnahme eines Fotos für die Patientenakte meines Sohnes/Tochter
für die Praxis Gerald S. Langner, Vogelsanger Str. 106-108, 50823
Köln, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie einverstanden.

Datum

Unterschrift
sorgeberechtigte Mutter

Unterschrift
sorgeberechtigter Vaters

Unterschrift Vormund



3. Schweigepflichtsentbindung:

Hiermit entbinde ich als Sorgeberechtigte(r) die Behandler der Praxis Langner von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf mein Kind gegenüber

der Schule

KiGa/Hort/Übermittagsbetreuung

Name Lehrer/in:

Ansprechpartner:

Tel.-Nr.:

Tel.-Nr.:

der Praxis

Amt für Kinder/ Jugend & Familie

Ansprechpartner:

Ansprechpartner:

Tel.-Nr.:

Tel.-Nr.:

Ich bin einverstanden, dass die angegebenen Institutionen den Therapeuten der Praxis Langner Auskünfte über mein Kind erteilen.

Diese Erklärung kann ich jederzeit und ohne Begründung schriftlich widerrufen.

Ort/Datum

Unterschrift



Einverständniserklärung für Ausfalltermine (2 Seiten)

(bezieht sich nicht auf die Behandlung, sondern gilt nur für Ausfallhonorare)

Ich bin damit einverstanden, dass für jeden nicht wahrgenommenen bzw. nicht abgesagten Termin **pro Stunde** ein Ausfallhonorar in Höhe von 35 € bzw. bei **Doppelstundenterminen** entsprechend 70€ zur Rechnung gestellt wird.

Als abgesagt gilt:

- Der Termin wurde spätestens einen Tag vorher bis 12.00 Uhr abgesagt. (Montagstermine können am Wochenende auf unserem Anrufbeantworter oder per Email abgesagt werden)
- Der Termin wurde aus Krankheitsgründen am gleichen Tag abgesagt, es wurde ein ärztliches Attest vorgelegt. (Atteste können bis maximal 10 Tage nach dem verstrichenen Termin per Post oder persönlich in der Praxis eingereicht werden)

Termine können telefonisch (auch auf Anrufbeantworter), persönlich in der Praxis oder per Email abgesagt werden.

Patient (Name/Vorname /Geb. Datum):

Rechnungsempfänger (Name/Vorname//Geb. Datum):

Anschrift:

Unterschrift(Sorgeberechtigter):

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung



Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen. Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS Holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt. Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung im eigenen Namen, zieht die Honorarforderung auf eigene Rechnung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks



Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiterverarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: www.ihre-pvs.de/Datenschut

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Patient/in



Einverständniserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung (2 Seiten)

Ich wurde über meine Rechte in Bezug auf Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten / Daten von meiner /-em Sorgeberechtigten informiert und bin mit Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten durch das Praxispersonal aus der Praxis Gerald Langner einverstanden.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit und ohne Grund widerrufen.

Patientenname/-Vorname

Datum/Unterschrift Patient/in oder Sorgeberechtigte/-r

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxis Gerald Siegmars Langner, Vogelsangerstraße 106-108, 50823 Köln, Tel: 0221 5708330

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte, Frau Anna Dreikhausen unter:

Anschrift: Praxis Gerald Langner, Vogelsangerstraße 106-108, 50823 Köln, Tel.: 0221 5708330

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, Therapieempfehlungen 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 berechnete 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.

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:

LDI NRW Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen,
Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf.

6. Rechtliche Grundlagen

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