

# Praxis Dr. Kathrin van Heek

Wir sorgen für psychisch gesunde Kinder und Jugendliche  
kompetent und individuell



Dr. med. Kathrin van Heek · Kanalstraße 37 · 24159 Kiel

Kinder- und Jugend-  
psychiatrie und  
-psychotherapie

Kanalstraße 37  
24159 Kiel  
Tel. 0431 - 888 00 40

info@praxis-vanheek.de  
www.praxis-vanheek.de

Liebe Eltern, liebe Kinder, liebe Jugendliche,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

In dem vereinbarten Erstgespräch können wir uns kennenlernen und die weiteren Schritte planen.

Anliegend:

- Aufnahmebogen
- Fragebogen zur Entwicklung
- (Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten)

Bitte nehmen Sie sich Zeit, um den Aufnahmebogen und den Fragebogen zur Entwicklung auszufüllen. Bitte erscheinen Sie zur vereinbarten Zeit mit dem Kind bzw. der/dem Jugendlichen, damit das Gespräch gemeinsam wie geplant stattfinden kann. Ein Gespräch nur mit den Eltern allein ist zu dem Zeitpunkt nicht möglich.

Bitte bringen Sie mit:

- elektronische Gesundheitskarte (sonst kann das Erstgespräch nicht stattfinden)
- gelbes Vorsorgeuntersuchungsheft
- Aufnahmebogen (ausgefüllt)
- Fragebogen zur Entwicklung (ausgefüllt)
- Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten, falls erforderlich

Um entspannt und konzentriert in einer angenehmen Atmosphäre arbeiten zu können, bitten wir um Folgendes:

- Bringen Sie bitte keine Getränke und Speisen (inkl. Wasser, Kaugummis, Bonbons) mit.
- Bitte lassen Sie Ihr Smartphone/Handy lautlos.
- Hunde können nicht mit in unsere Praxis gebracht werden.

Bei Fragen melden Sie sich bitte!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Kathrin van Heek

# Dr. med. Kathrin van Heek

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



## Aufnahmebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Begleitperson/en (Name): \_\_\_\_\_

Mutter  Vater  Partner/-in eines Elternteils  Pflegemutter/-vater

Betreuer/-in  \_\_\_\_\_

Über das Sorgerecht verfügt:  Mutter  Vater  Andere: \_\_\_\_\_

Befundbericht bitte an Arzt / Ärztin: \_\_\_\_\_

Ich bin **gesetzlich versichert**.

Ich nehme derzeit andernorts keine sozialpsychiatrische Behandlung in Anspruch (kinder- und jugendpsychiatrische Praxis, Ambulanz, Sozialpädiatrisches Zentrum).

Ich bin **privat versichert**.

Ich wünsche eine Privatbehandlung auf Basis der GOÄ. Mir ist bekannt, dass kein Vertragsverhältnis zwischen der Praxis und der privaten Krankenversicherung besteht und ich selbst zahlungspflichtig bin. Eine Honorarausfallgebühr in Höhe von 60€ kann ich vermeiden, indem ich zwei Werkzeuge im Voraus absage bzw. pünktlich erscheine.

Bitte senden Sie die Rechnung an:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich gestatte Ihnen, mich per E-Mail zu kontaktieren

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ihre Praxis wurde mir empfohlen von:

Familie/Freunde/Bekannte  Internet  Kinderärztin/-arzt  Erzieher/-in  Lehrer/-in

Andere \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

(falls das Kind noch nicht 14 Jahre alt ist: Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)



## Fragebogen zur Entwicklung

Vorname und Name des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Ausgefüllt von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Dauer der Schwangerschaft \_\_\_ Wochen  psychische Belastung  Schwangerschaftsvergiftung/Gestose

Geburt: Alter der Mutter \_\_\_ J. Krankenhaus (Ort) \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ g, Größe \_\_\_\_\_ cm, Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm, Apgar \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_  Kaiserschnitt

Gelbsucht  im Krankenhaus nach Geburt behandelt über \_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_

hat viel geschrien bis zum Alter von \_\_\_ Monaten  wollte viel getragen werden

ließ sich schwer beruhigen  Schlafprobleme  Trinkprobleme \_\_\_\_\_

gekrabbelt mit \_\_\_ Monaten  kein Krabbeln  wenig Krabbeln  frei gelaufen mit \_\_\_ Monaten

motorische Entwicklung verzögert  erhielt Krankengymnastik \_\_\_\_\_

Zwischen 1. und 3. Geburtstag:  schüchtern  unruhig  ängstlich  trotzig  lebhaft  willensstark

unsanft mit anderen Kindern  klammerte  anstrengend  spielte nicht mit Gleichaltrigen

Schlafprobleme \_\_\_\_\_

Tagsüber trocken mit \_\_\_ J.  nachts trocken mit \_\_\_ J.  tagsüber noch nicht trocken

nachts noch nicht trocken \_\_\_\_\_

Essen:  wählerisch \_\_\_\_\_

Hören:  oft schwerhörig  Hörwahrnehmungsstörung \_\_\_\_\_

Sehen:  Brille seit dem Alter von \_\_\_ J. \_\_\_\_\_

Sprache: 2 bis 3 erste Wörter mit \_\_\_ Monaten  verzögert  Logopädie mit \_\_\_ J. (bis \_\_\_ J.)

Kindergarten: ab dem Alter von \_\_\_\_ J.  Trennungsprobleme  hielt sich oft nicht an Regeln

ging nicht gerne hin  nicht gern gebastelt/gemalt \_\_\_\_\_

Einschulung mit \_\_\_\_ J. (+ \_\_\_\_ Mo.)  ging nicht gerne hin \_\_\_\_\_

hat die \_\_\_\_ . Klasse wiederholt \_\_\_\_\_

besucht jetzt die \_\_\_\_ . Klasse, Schulform: \_\_\_\_\_

Leistungen:  gut  mittel  schlecht \_\_\_\_\_

Schulabschluss \_\_\_\_\_ erworben im Alter von \_\_\_\_ J. \_\_\_\_\_

Ausbildung/Studium: \_\_\_\_\_ seit dem Alter von \_\_\_\_ J. \_\_\_\_\_

Unfall/Krankheit/Behandlung (Krankenhaus, Ergotherapie, Psychotherapie) im Alter von: \_\_\_\_\_

Vorsorgeuntersuchungsheft (wird von uns übertragen): \_\_\_\_\_

Chronische Krankheiten:  Asthma  Neurodermitis \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Brüder/Schwestern mit Altersangabe: \_\_\_\_\_

Mutter: Beruf \_\_\_\_\_  Vollzeit  Teilzeit  selbstständig  nicht berufstätig

Schulabschluss \_\_\_\_\_

Vater: Beruf \_\_\_\_\_  Vollzeit  Teilzeit  selbstständig  nicht berufstätig

Schulabschluss \_\_\_\_\_

Trennung der Eltern, als das Kind \_\_\_\_ J. alt war. \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei  beiden Eltern in einem Haushalt  Mutter  Vater

\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Sorgfalt und Unterstützung! Ihre Praxis Dr. van Heek

# Dr. med. Kathrin van Heek

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



## Einverständniserklärung des/der nicht anwesenden Sorgeberechtigten

Wir benötigen das Einverständnis der/des nicht in der Praxis erscheinenden Sorgeberechtigten für unter 14-Jährige, deren Sorgeberechtigte getrennt leben oder die nicht bei Sorgeberechtigten leben.

Als bei der Vorstellung in der Praxis nicht anwesende/-r Sorgeberechtigte/-r erkläre ich mich damit einverstanden, dass

Patient/in: \_\_\_\_\_, geboren am: \_\_\_\_\_

in der Praxis Dr. Kathrin van Heek untersucht und gegebenenfalls behandelt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift