



## PRAXIS van Heek

Dr. Kathrin van Heek Kanalstraße 37, 24159 Kiel

Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und  
-psychotherapie

**Dr. Kathrin van Heek**  
Kanalstraße 37  
24159 Kiel

T 0431. 888 00 40  
info@praxis-vanheek.de  
praxis-vanheek.de

Liebe Eltern, liebe Kinder, liebe Jugendliche,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

In der Erstberatung 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 mit dem Kind bzw. der/dem Jugendlichen, damit das Gespräch gemeinsam stattfinden kann. Ein Gespräch nur mit den Eltern allein ist zu dem Zeitpunkt nicht möglich. Termine mit weiteren Begleitpersonen, wie z.B. Familienhelfer/-innen oder Heilpädagogen/-innen werden bei Bedarf gesondert vereinbart.

Bitte bringen Sie mit:

- elektronische Gesundheitskarte (sonst kann die Erstberatung 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.

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

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

Name/n der Begleitperson/en: \_\_\_\_\_

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 (andere kinder- und jugendpsychiatrische Praxis, Ambulanz/ZIP, Sozialpädiatrisches Zentrum/SPZ).

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.

Bitte senden Sie die Rechnung an:  Mutter  Vater

ggf. abweichende Adresse:

\_\_\_\_\_

Ich gestatte Ihnen, mich per E-Mail zu kontaktieren (u. a. verschlüsselte Befunde/Rechnungen)

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

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



**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., Alter des Vaters \_\_\_ J., Geburtsort: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

motorische Entwicklung verzögert \_\_\_\_\_

**Zwischen 1. und 3. Geburtstag:**  unruhig  ängstlich  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 \_\_\_\_\_

**Unfälle/Krankheiten/Behandlungen:** \_\_\_\_\_

Krankengymnastik/Physiotherapie im Alter von \_\_\_\_\_ J.  Frühförderung im Alter von \_\_\_\_\_ J.

Logopädie im Alter von \_\_\_\_\_ J.  Ergotherapie im Alter von \_\_\_\_\_ J.

Psychotherapie im Alter von \_\_\_\_\_ J. \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Schule:** Einschulung mit \_\_\_\_ J. \_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_

besucht jetzt die \_\_\_\_ Klasse  hat die \_\_\_\_ Klasse wiederholt  wiederholt derzeit die \_\_\_\_ Klasse

Schulform: \_\_\_\_\_  Schulbesuch unregelmäßig

Förderstatus \_\_\_\_\_  Schulbegleitung

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

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

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

\_\_\_\_\_

**Familie:** Mutter: Beruf \_\_\_\_\_  Vollzeit  Teilzeit  nicht berufstätig

Schulabschluss \_\_\_\_\_

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

Schulabschluss \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei  Mutter  Vater  beiden Eltern in zwei Haushalten \_\_\_\_\_

Trennung der Eltern, als das Kind \_\_\_\_ J. alt war.  vor der Geburt des Kindes.

Das Kind lebt seit dem Alter von \_\_\_\_ J. in einer Einrichtung \_\_\_\_\_

Das Kind lebt seit dem Alter von \_\_\_\_ J. in einer Pflegefamilie \_\_\_\_\_

Im Haushalt leben  Schwester/n (Alter) \_\_\_\_\_  Bruder/Brüder (Alter) \_\_\_\_\_

Weitere \_\_\_\_\_

Das Kind lebt seit der Geburt in Deutschland.  Das Kind lebt seit dem Alter von \_\_\_\_ J. in Deutschland.

Das Kind wächst mit folgenden Sprachen auf:  Deutsch  Türkisch  Kurdisch  \_\_\_\_\_

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 Kinder und Jugendliche, 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

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben und Unterschrift