



04/25

Bitte füllen Sie die Seiten 1-4 (sofern zutreffend) vollständig aus und unterschreiben diese auch vollständig! Nur dann kann ich Ihnen einen Ersttermin anbieten (sobald ein Ersttermin möglich ist). (Seite 5 kann freiwillig ausgefüllt werden.) Diese Unterlagen benötige ich im Original per Post/ Einwurf - per E-Mail kann ich diese leider nicht annehmen. Fragen können wir gern vorab in meiner telefonischen Sprechstunde klären. Der Einfachheit halber wird hier von Mutter und Vater gesprochen; sollten Sie sich hier als Sorge-/Erziehungsberechtigte nicht wieder finden, so möchte ich Sie bitten, dies einfach anzupassen. Ebenso bitte anpassen, sollten Sie mindestens 18 Jahre alt sein und diesen Bogen selbst für sich ohne Ihre Eltern ausfüllen. Herzlichen Dank!

Kontaktdaten und Angaben zum Kind/Jugendlichen und den Sorgeberechtigten

Personenbezogene Daten:

Name, Vorname **der Patientin/ des Patienten:** _____

Geburtsdatum, Geschlecht: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer Festnetz: _____

Handynummer Patientin/ Patient: _____

Mutter leibliche Mutter Stiefmutter Pflegemutter/ _____, seit

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Handynummer: _____

Geburtstag & Alter der Mutter: _____

Vater leiblicher Vater Stiefvater Pflegevater/ _____, seit

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Handynummer: _____

Geburtstag & Alter des Vaters: _____

Patientenbezogene Daten:

Überweisende(r) und/oder Behandelnde(r) Ärztin/Arzt inkl. Adresse bzw. Telefonnr. (z.B. Kinderarzt/ Hausarzt/ Kinder- und Jugendlichenpsychiater): _____

Das Kind/ der/die Jugendliche ist gesetzlich versichert privat versichert Selbstzahler

Versichert durch Vater/Mutter/ _____ (bitte markieren oder eintragen)

Krankenkasse des Kindes: _____ Nummer der Versicherung: _____

Versichertennummer des Kindes: _____



Angaben zu Schule und Familie

Kindergarten

Klasse: _____, Schulform _____

(anderes bitte nennen:) _____

Schulbesuch derzeit möglich ja/ nein, weil _____

Sorgerecht: beide Eltern Mutter Vater Sonstige: _____

Bei wem lebt das Kind/ der Jugendliche: _____

Eltern leben zusammen oder leben getrennt _____ und

Eltern sind verheiratet, getrennt, geschieden, _____

Wie häufig Kontakt zur Mutter? _____ zum Vater? _____

Höchster Schul-/Bildungsabschluss der Mutter: _____

Beruf in Voll- / Teilzeit der Mutter: _____

Höchster Schul-/Bildungsabschluss des Vaters: _____

Beruf in Voll- / Teilzeit des Vaters: _____

Angaben zu den Geschwistern des Kindes / Jugendlichen

Name: _____ Alter: _____ Kindergarten / Klasse / Ausbildung / Beruf: _____

Name: _____ Alter: _____ Kindergarten / Klasse / Ausbildung / Beruf: _____

Name: _____ Alter: _____ Kindergarten / Klasse / Ausbildung / Beruf: _____

Name: _____ Alter: _____ Kindergarten / Klasse / Ausbildung / Beruf: _____

Psychiatrische / Psychotherapeutische Vorbefunde und Behandlung:

Diagnosen: _____

Gestellt von: _____

Medikation (bitte auch Dosierung): _____

Psychiatrische/ Ärztliche Begleitung/Verordnung der Medikation durch wen: _____

Vorbehandlung des Patienten/ der Patientin:

ambulante Psychotherapie in der Vergangenheit. Wann wurde die Therapie beendet? _____

stationäre / teilstationäre psychiatrische /psychotherapeutische Behandlung in der Vergangenheit?
Wann wurde die Therapie beendet? _____

(Vor-) Diagnosen und Therapieverfahren? (Bringen Sie gern zu den ersten Sitzungen Abschlussbericht(e) mit)



An welchen Tagen und zu welchen Zeiten wäre eine Therapie möglich?

(Bitte geben Sie hier unbedingt mögliche Zeiten für regelmäßige, einmal wöchentliche Termine von 50 min. an, die für mindestens ein Jahr lang so fest eingeplant werden können. Natürlich ist mir klar, dass sich diese Zeiten bei Ihnen ändern können, vor allem wenn Sie länger auf der Warteliste stehen sollten. In diesem Fall sprechen wir dann noch einmal über die Zeiten und dann benötige ich auch eine verbindliche Zeit, die voraussichtlich mindestens im nächsten Jahr so konstant bleiben kann. Wenn Sie hier keine Zeiten angeben, gehe ich davon aus, dass Sie bzw. Ihr Kind immer - also auch vormittags - können. Bitte beachten Sie, dass in der Regel nachmittags-Termine mit einer besonders langen Wartezeit verbunden sind. Dienstags und donnerstags sind Termine aktuell nur vormittags möglich.

Montag: _____ **Mittwoch:** _____

Dienstag: _____ **Donnerstag:** _____

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? _____

Nennen Sie hier kurz den **Vorstellungsanlass:** Was macht dir/ Ihnen Sorgen (bei Ihrem Kind)? Welche Schwierigkeiten / Symptomatik/ Beschwerden hast du / hat ihr Kind?:

Anderweitige Behandlung

Wir/ Ich erkläre(n), dass der/die Patient*in (bitte Namen einfügen:) _____ zum Vorstellungstermin bzw. zum Zeitpunkt der Therapie in der Praxis Dr. Börner sich in keiner stationären Behandlung oder Behandlung in einer Institutsambulanz (/PIA) befindet oder anderswo zur Psychotherapie angebunden ist. Sollte sich hier etwas ändern, informieren wir die Praxis Dr. Helene Börner umgehend. Der/Die Patient(in) bzw. dessen/deren Sorgeberechtigte(r) verpflichtet/-n sich zur Übernahme der Kostenerstattung, sollte aufgrund einer tatsächlichen stationären Behandlung/ Behandlung in einer PIA o.ä. eine Abrechnung scheitern.

_____, den _____.202____, _____
Ort Datum (Unterschrift der/des 1. Sorgeberechtigten / Mutter)

_____, den _____.202____, _____
Ort Datum (Unterschrift des/der 2. Sorgeberechtigten / Vater)

_____, den _____.202____, _____
Ort Datum (Unterschrift der sorgeberechtigten Institution/ andere(n) Sorgeberechtigte(n))

_____, den _____.202____, _____
Ort Datum (ggf. Unterschrift der/des Patientin/-en)

Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme per E-Mail und SMS

zwischen _____ bzw.
(Name und Anschrift des Patienten / der Patientin in Druckschrift)

zwischen _____
(Name(n) der/des Sorgeberechtigten/ gesetzlichen Vertreter(s) in Druckschrift)

und Frau Dr.rer.medic. Helene Börner.

Ich bin/ Wir sind mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per (unverschlüsselter) E-Mail bzw. SMS an die nachstehend genannte(n) E-Mail-Adresse(n) bzw. Handynummer(n) einverstanden. Mir/Uns ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails bzw. SMSen personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails/ SMS verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Kontaktaufnahme per SMS erwünscht: Ja / Nein
Kontaktaufnahme per E-Mail erwünscht: Ja/ Nein

Wenn Sie möchten, schicken wir Ihnen unsere Rechnung per E-Mail (meist inkl. Diagnose) - sofern eine Rechnungsstellung zutreffend ist (Privatabrechnung, Ausfallhonorar, Zusatzleistungen).

Rechnungsstellen per E-Mail: Ja / Nein
Ggf. E-Mail-Adresse für Rechnungen: _____

Bitte geben Sie nachfolgend (gut lesbar) nur die Telefon-/Handynummer(n) und Emailadresse(n) an, über die ich mit Ihnen in Kontakt treten darf und markieren Sie ggf. Hauptkontaktnummer und -mailadresse:

	Handynummer	Emailadresse
Patient*in		
Mutter		
Vater		

Ich/Wir bestätige(n) die Richtigkeit aller o.g. Angaben und bin/sind mit der Kontaktaufnahme über die genannten Telefonnummern und die Korrespondenz und Zusendung von Daten per E-Mail, Telefon und SMS an die genannte(n) E-Mail-Adresse(n) und Telefonnummern einverstanden. Ich/ Wir teilen der Praxis Dr. Helene Börner Änderungen hinsichtlich der Nummern und E-Mail-Adressen umgehend mit.

Diese Einwilligung ist **freiwillig** und kann mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden.

Datum, Ort, Unterschrift (aller) Sorgeberechtigte(n), aller o.g. Personen und ggf. des/r Patienten/-in (ab 14 Jahren)