

**Facharztpraxis für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und –psychotherapie**
Frau Ariane Silbernagl

Gropiusallee 7
06846 Dessau-Roßlau
Tel.: 0340 501 3692
Fax: 0340 501 3774
www.mvzdessau.de

Zustimmungserklärung der/des Sorgeberechtigten

Als Sorgeberechtigte(r) erkläre(n) wir/ich, dass wir/ich mit der Behandlung unseres Kindes

Name, Vorname (Kind).....

geb.am:

im MVZ des Städtischen Klinikums von den Mitarbeitern der KJP Praxis einverstanden sind/ bin.
Mit den eventuell notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (psychologische Tests, Erfassung von Blutdruck, Puls, Körpergröße und –gewicht) im Rahmen der Behandlung bin ich einverstanden, wenn diese fachärztlich als erforderlich angesehen werden.
Über eine ggf. notwendige medikamentöse Behandlung werde ich vorab informiert, da diese eine gesonderte Einverständniserklärung erfordert.
Eine Vormedikation darf weiterverordnet werden.

Ich/wir versichere, dass das Kind sich im aktuellen Quartal nicht parallel in einer anderen sozial-psychiatrischen Praxis bzw. einem Sozialpädiatrischen Zentrum (z.B. SPZ Dessau, Magdeburg, Halle) oder in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz (z.B. der Kliniken in Bernburg, Halle oder der Tagesklinik Dessau, Wittenberg) befindet oder befinden wird.

Achtung:

Dies gilt auch für Vor- und Nachgespräche in einer Klinik oder Tagesklinik, wenn diese über die Institutsambulanz (d.h. mit einem Überweisungsschein) abgerechnet wird.

Für gesetzlich Krankenversicherte gilt: Sollte es doch zu einer Parallelbehandlung kommen, ist mir bekannt, dass die Behandlung hier als Privatbehandlung abgerechnet wird und ich die Kosten zu tragen habe.

Dessau, den Unterschrift(en).....

(grundsätzlich sollten beide Sorgeberechtigten (bzw. deren Vertretung) unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Sorgeberechtigten vor, so vergewissert diese(r), dass sie/er im Einverständnis des Mitsorgeberechtigten handelt oder das alleinige Sorgerecht für o.g. Kind hat)

Hauptbetriebsstätte
Auenweg 38 | 06847 Dessau-Roßlau
Tel. 0340 501-3665

Nebenbetriebsstätten

Innenstadt Dessau-Roßlau
Franzstr. 85 | Tel. 0340 501-3700
Grenzstr. 5 | Tel. 0340 8581152
Gropiusallee 7 | Tel. 0340 6502 7530

Bernburg
Friedensallee 10 | Tel. 03471 3009803

Bitterfeld-Wolfen
Bahnhofstraße 5 | Tel. 03494 21037

Gräfenhainichen
Karl-Liebknecht-Str. 29 | Tel. 034953 22056

Magdeburg
Liliencronstraße 6 | Tel. 0391 7348999

Oranienbaum-Wörlitz
Sollnitzer Str. 4 | Tel. 034904 20204

Roßlau
Luchstr. 19 | Tel. 0340 501-3753

Stendal
Str. der Demokratie 1 | Tel. 03931 684690

Walderssee
Wilhelm-Feuerherdt-Str. 15 | Tel. 0340 2160180

Zerbst
Alte Brücke 37 | Tel. 03923 788181

Postanschrift
Medizinisches Versorgungszentrum des
Städtischen Klinikums Dessau gGmbH
Auenweg 38 | 06847 Dessau-Roßlau

Telefon: 0340 501-3665
Telefax: 0340 501-3668
E-Mail: mvz@mvzdessau.de

Geschäftsführung
Bjoern Saft
Dr. med. Thomas Schulze

Aufsichtsratsvorsitzender
Dr. Robert Reck
Oberbürgermeister
der Stadt Dessau-Roßlau

Bankverbindung
Stadtsparkasse Dessau
IBAN: DE72 8005 3572 0030 0023 95
SWIFT/BIC: NOLADE 21 DES

Sitz der Gesellschaft
Dessau-Roßlau

Steuer-Nummer
114/145/00155

HRB-Nummer
HRB-51 62 | Amtsgericht Stendal

IK 591500256

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Was ist der Hauptgrund, warum Sie Ihr Kind heute bei uns vorstellen?

Wer ist der aktuelle Kinderarzt?

Hat Ihr Kind körperliche Erkrankungen?
Wenn ja, welche?

Geht Ihr Kind regelmäßig zu anderen Ärzten?
Wenn ja, zu welchen, zu wem und warum?

Nimmt Ihr Kind Medizin?
Wenn ja, welche und warum?

War Ihr Kind schon einmal in einem Sozialpädiatrischen Zentrum in Behandlung?
Wenn ja, wo und wie lange?

War Ihr Kind schon einmal bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie?
Wenn ja, bei wem und wann?

War/Ist Ihr Kind bei einem Psychologen in Behandlung?
Wenn ja, bei wem, warum und wann?

War/Ist Ihr Kind in einer Ergotherapie?
Wenn Ja, bei wem, warum und seit/bis wann?

Logopädie?

Frühförderung?

Waren Sie mit dem Kind schon einmal bei Gericht oder bei der Polizei?
Wenn ja, wann und weshalb?

Geht/ging Ihr Kind in den Kindergarten?

Geht Ihr Kind in die Schule? In welche?

Welche Klasse besucht es derzeit?

Wurde es zurückgestellt?

Hat es Klassen wiederholt? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind schulische Schwierigkeiten?
Wenn ja, womit bzw. in welchem Fach?

Angaben zur Kindesmutter

Name, Vorname und Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Welchen Schulabschluß hat sie?

Welchen Beruf hat sie erlernt bzw. übt sie aus?

Angaben zum Kindesvater:

Name, Vorname und Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Welchen Schulabschluss hat er?

Welchen Beruf hat er erlernt bzw. übt er aus?

Sind die Mutter und/oder der Vater krank?

Wenn ja, welche Erkrankung?

Sind die Mutter oder der Vater getrennt?

Wenn ja, seit wann und wie ist der Umgang geregelt?

Bei wem lebt das Kind?

Wohnadresse (Name am Briefkasten!):

Wer hat das Sorgerecht für das Kind ?

Hat Ihr Kind Geschwister?

Wenn ja, wie heißen, wie alt und wo wohnen sie?

Gibt es psychische Erkrankungen bei Familienangehörigen?

Wenn ja, bei wem und welche?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen?