

# Neurozentrum für Kinder u. Jugendliche Neuhausen Neuropsychiatrische Gemeinschaftspraxis

**Dr. med. Adam Alfred**

Kinder- u. Jugendarzt  
Kinder- u. Jugendpsychiater  
Homöopathie  
Neurofeedback

**Dr. med. Michael Granel**

Kinder- u. Jugendarzt  
Kinder- u. Jugendneurologe  
Homöopathie  
Neurofeedback

**Nymphenburger Str. 156, 80634 München**

Tel.: 089-189 512-10 / Fax: 089-189 512-13

[sekretariat@dr-alfred.de](mailto:sekretariat@dr-alfred.de) / [www.neurozentrum-neuhausen.de](http://www.neurozentrum-neuhausen.de)

München, den \_\_\_\_\_

## Patientenanmeldeformular

Kind: Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Mutter: Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Vater: Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Sorgerecht:

gemeinsames Sorgerecht

Familiensituation:

zusammenlebend **oder**  getrenntlebend

alleiniges Sorgerecht:

Mutter **oder**  Vater

**(bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht wird eine Einverständniserklärung des zweiten Elternteils benötigt, da ansonsten keine Behandlung unsererseits erfolgen kann und darf)**

Adresse des/der Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

**Private Krankenkasse & Hauptversicherter:** \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse, falls abweichend: \_\_\_\_\_

Vorstellungsgrund: \_\_\_\_\_

Notiz: \_\_\_\_\_

Da wir eine reine Bestellpraxis sind, bitten wir um **rechtzeitige Absage (mind. 24 Stunden vorher)** per Fax, Mail oder Telefon. Wir können kurzfristig abgesagte Termine nicht wieder belegen und müssen sie Ihnen ggf. in Rechnung stellen.

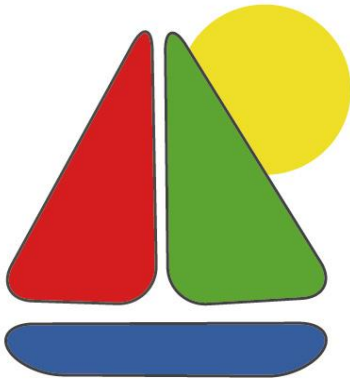
Bitte beachten Sie, dass das Schreiben von Fachärztlichen Stellungnahmen bzw. Gutachten (z.B. Legasthenie, Dyskalkulie, etc.) zusätzlich zu den Untersuchungskosten dazukommen. Die Privatversicherungen übernehmen die entsprechenden Schreibgebühren in der Regel (aber auch nicht immer z.B. Post B). Sie betragen nach der Gebührenordnung GOÄ ca. 260€ für ein Standardgutachten und ca. 40€ für eine fachärztliche Stellungnahme, die für Schulbelange (z.B. für LRS-Bescheinigung) völlig ausreichend ist. Sie sollten bitte beachten, dass die Leistungserstattung bei bestimmten psychiatrischen/psychotherapeutischen Fragestellungen je nach Vertragsbedingungen eingeschränkt sein kann.

**Bitte bringen Sie zum Termin unbedingt folgende Unterlagen Ihres Kindes mit:**

- ✓ das letzte Zwischen- und Jahreszeugnis in **Kopie**
- ✓ (falls vorhanden) Testunterlagen / Arztbrief in **Kopie**
- ✓ **Einverständniserklärung** des 2. Elternteils, wenn Sie bei gemeinsamen Sorgerecht getrennt leben

---

Unterschrift Patient, bzw. Sorgeberechtigter



# Neurozentrum für Kinder u. Jugendliche Neuhausen Neuropsychiatrische Gemeinschaftspraxis

**Dr. med. Adam Alfred**

Kinder- u. Jugendarzt  
Kinder- u. Jugendpsychiater  
Homöopathie  
Neurofeedback

**Dr. med. Michael Granel**

Kinder- u. Jugendarzt  
Kinder- u. Jugendneurologe  
Homöopathie  
Neurofeedback

**Nymphenburger Str. 156, 80634 München**

Tel.: 089-189 512-10 / Fax: 089-189 512-13

[sekretariat@dr-alfred.de](mailto:sekretariat@dr-alfred.de) / [www.neurozentrum-neuhausen.de](http://www.neurozentrum-neuhausen.de)

München, den \_\_\_\_\_

## Eltern-Anamnese-Bogen

Vor- und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Vorstellungsgrund:

---

---

Beginn des Problemverhaltens: \_\_\_\_\_

Familiensituation (zusammen-/getrenntlebend; gemeinsames/alleiniges Sorgerecht;  
Geschwister): \_\_\_\_\_

---

Alter der Mutter/des Vaters: \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter/des Vaters: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen in der Familie: \_\_\_\_\_

---

Belastende Faktoren: \_\_\_\_\_

---

## **Säuglings- und Kleinkindalter**

Schwangerschaftsverlauf (unkompliziert, Rauchen, Alkoholgenuss in der Schwangerschaft,  
Wehenhemmer etc.): \_\_\_\_\_

---

Geburt (Frühgeburt, Sauerstoffmangel etc.): \_\_\_\_\_

Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9): \_\_\_\_\_

Motorische Entwicklung: \_\_\_\_\_

Sprachentwicklung: \_\_\_\_\_

Sauberkeitsentwicklung: \_\_\_\_\_

### **Kindergartenalter**

Verhaltensauffälligkeiten (Trennungsprobleme, Hyperaktivität etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankheiten/Operationen/Unfälle/Allergien (Epilepsie, Hirnhautentzündung, Schädelhirntraumata etc.): \_\_\_\_\_

### **Schulzeit**

Einschulung: \_\_\_\_\_

Hortbesuch oder andere Einrichtung: \_\_\_\_\_

Einschneidende Lebensereignisse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Therapien**

Bisherige Behandlungen, therapeutische Interventionen oder Krankenhausaufenthalte (Tagesklinik, stationär, Dauer und Grund der Therapie, abgeschlossen/laufend?):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Verdachtsdiagnose und weitere Maßnahmen:**