



Praxis Dr. Adam Alfred

Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater
Homöopathie, Neurofeedback

Nymphenburger Str. 156, 80634 München

Tel.: 089-18951210 / Fax: 089-18951213

Sekretariat@dr-alfred.de / www.praxisalfred.de

München, den _____

Patientenanmeldeformular (Selbstzahler)

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: _____

Rechnungsadresse und -empfänger: _____

Vorstellungsgrund: _____

Notiz: _____

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

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

- ✓ das letzte Zwischen- und Jahreszeugnis in **Kopie**
- ✓ den **Lehrerfragebogen**, der auf unserer Homepage über den Button "Anmeldung" zu finden ist
- ✓ (falls vorhanden) Testunterlagen / Arztbrief in **Kopie**
- ✓ **Einverständniserklärung** des 2. Elternteils, wenn Sie bei gemeinsamen Sorgerecht getrennt leben

Bitte beachten Sie, dass das Schreiben von Fachärztlichen Stellungnahmen bzw. Gutachten (z.B. Legasthenie, Dyskalkulie, etc.) zusätzlich zu den Untersuchungskosten dazukommen. Sie betragen nach der Gebührenordnung GOÄ ca. 350€ 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.

Kosteninfo zur Neurofeedbacktherapie: Die Abrechnung erfolgt nach der GOÄ-Ziffer 886 analog in Höhe von 93,84 € pro Sitzung. Die Termine mit Dr. Alfred bzgl. der Therapie kommen zusätzlich dazu.

Wir bitten um Begleichung der ersten Rechnung in der Praxis per EC-Karte oder bar gegen Quittung. Danach erfolgt die Rechnungsstellung monatlich.

Unterschrift Sorgeberechtigter



Praxis Dr. Adam Alfred

Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater
Homöopathie, Neurofeedback

Nymphenburger Str. 156, 80634 München

Tel.: 089-18951210 / Fax: 089-18951213

Sekretariat@dr-alfred.de / www.praxisalfred.de

München, den _____

Eltern-Anamnese-Bogen

Vor- und Nachname des Kindes: _____ Alter: _____

Vorstellungsgrund:

Beginn des Problemverhaltens: _____

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

Alter und Beruf der Mutter: _____

Alter und Beruf 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/Körperliche Entwicklung: _____

Sprachentwicklung: _____

Sauberkeitsentwicklung: _____

Sozial-emotionale Entwicklung: _____

Kindergartenalter

Verhaltensauffälligkeiten (Trennungsprobleme, Hyperaktivität etc.): _____

Schulzeit

Einschulung: _____

Hortbesuch oder andere Einrichtung: _____

Einschneidende Lebensereignisse: _____

Krankheiten/Operationen/Unfälle/Allergien

Epilepsie, Hirnhautentzündung, Schädelhirntraumata etc.: _____

Therapien /Medikation

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

Verdachtsdiagnose und weitere Maßnahmen: