



# 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 (privat Versichert)

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 die Kosten für das Verfassen von fachärztlichen Stellungnahmen bzw. Gutachten (z.B. Legasthenie, Dyskalkulie, Jugendamt, Gericht etc.) zusätzlich zu den Untersuchungskosten dazukommen. Die Privatversicherungen übernehmen die entsprechenden „Schreibgebühren“ kaum. Sie betragen nach der Gebührenordnung GOÄ je nach Arbeitsaufwand ca. 50€ für eine fachärztliche Stellungnahme, die für Schulbelange (z.B. für eine LRS-Bescheinigung) völlig ausreichend ist. Die ausführlichen Jugendamt- und Gerichtgutachten werden nach Zeitaufwand, entsprechend der Gebührenordnung, berechnet und können zwischen 350€ und 500€, z.B. für Jugendamtsgutachten (Schulbegleiter etc.) liegen. Im Zweifel lassen Sie sich bitte einen Kostenvoranschlag von uns erstellen.

Sie sollten darüber hinaus bitte beachten, dass die Leistungserstattung bei bestimmten psychiatrischen/psychotherapeutischen Fragestellungen je nach Vertragsbedingungen eingeschränkt sein kann. Mit Ihrer Unterschrift auf dem Anmeldeformular erklären Sie sich bereit, die von der Versicherung möglicherweise nicht erstatteten Beiträge trotzdem auszugleichen.

**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 (**vorab per Mail**)

---

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](mailto:Sekretariat@dr-alfred.de) / [www.praxisalfred.de](http://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:**