

## Allgemeine Informationen zur Terminvergabe!

Termin  
vormerken!

Sehr geehrte Eltern, Kinder und Patienten

Da die Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis von Fr.Dr. Wahle-Conrady eine reine Bestellpraxis ist (bedeutet wir haben nur Patienten auf Einbestellung und keine offene Sprechstunde) behalten wir uns das Recht vor,

ihnen und ihren Kinder die Termin zuzuteilen.

Jeder der von Ihnen schon mal versucht hat einen Termin in einem SPZ zu bekommen, weiß dass es dort bis zu einen ½ Jahr dauern kann, bis ein Termin verfügbar ist.

Bei uns in der Praxis bekommen Sie, wie sie bestimmt schon bemerkt haben zeitiger einen Termin.

Leider ist es nicht möglich im Praxisalltag die Termine abzusprechen, da einfach die nötige Zeit hierfür nicht gegeben ist. Somit behalten wir uns dies Recht als Bestellpraxis vor und vergeben Termine immer zum nächst möglichen Zeitpunkt.

Wir vergeben ihre Termine nach besten Wissen und Gewissen.

Natürlich habe Sie die Möglichkeit, Termine die nicht machbar sind für sie und ihre Kinder abzusagen oder zu verschieben. Dies allerdings nur via E-Mail unter:

[kjp@valeo-praxisgemeinschaft.de](mailto:kjp@valeo-praxisgemeinschaft.de)

hierbei gilt allerdings die Absagefrist von 2 Werktagen! Ansonsten droht die Rechnung.

(Freitagmittag, Samstag und Sonntag fallen nicht unter Werktage)

Leider ist momentan aufgrund der Corona Pandemie der Bedarf generell sehr hoch, nicht nur bei Ihnen.

Für Eltern die mit mehreren Kinder bei uns in Behandlung sind, ist es noch wichtig, dass nicht alle Testungen parallel gemacht werden können, ansonsten versuchen wir ihnen bei Geschwistern planmäßig entgegen zukommen soweit dies möglich ist.

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Praxis von Fr.Dr. Wahle-Conrady und Team



**Dr. Gabriele Wahle-Conrady**

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie

47058 Duisburg      Duisernerstraße 65 a      Tel.: 0203/351801

**E-Mail: [kjp@valeo-praxisgemeinschaft.de](mailto:kjp@valeo-praxisgemeinschaft.de)**

**Bitte bringen Sie zum Ersttermin folgende Unterlagen mit:**

1. Den ausgefüllten Fragebogen
2. Das gelbe Untersuchungsheft und das Impf-Buch
3. Das letzte Zeugnis
4. Vorhandene Arztbriefe bzw. Ergebnisse bereits durchgeführter Diagnostik
5. Eine aktuelle Kinderzeichnung (nur bei Kleinkindern)
6. **OHNE PVS WERDEN KEINE TERMINE VERGEBEN (AUCH KASSENPATIENTEN)**

\*Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

\*Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

\*Abweichender Familienname: \_\_\_\_\_

\*Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\*Handynummer: \_\_\_\_\_

\*Festnetznummer: \_\_\_\_\_

\*Emailadresse: \_\_\_\_\_

\*Straße: \_\_\_\_\_

\*PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

\*Krankenkasse und Versichertennummer:

\_\_\_\_\_

\*Kinderarzt/ Hausarzt:

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

\*Schule/ Kita: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Klasse/ Gruppe: \_\_\_\_\_

Name des/r Lehrers/in / Erzieher/in: \_\_\_\_\_

**\*Die leiblichen Eltern des Kindes...**

Sind verheiratet seit \_\_\_\_\_ Leben zusammen seit \_\_\_\_\_

Sind getrennt seit \_\_\_\_\_ Sind geschieden seit \_\_\_\_\_

Ein Elternteil ist verstorben seit \_\_\_\_\_

**\*Das Kind ist .....**

Ein leibliches Kind

Ein Pflegekind

Ein Adoptivkind

Lebt in folgender Einrichtung \_\_\_\_\_

**\*Wir arbeiten mit dem Jugendamt zusammen:**

Name des/r Mitarbeiters/in: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Flexible Hilfe: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**\*Das Sorgerecht liegt....; der rechtliche Nachweis muss vorgelegt werden**

Bei der Mutter:

Ich übe das Sorgerecht alleine aus: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beim Vater:

Ich übe das Sorgerecht alleine aus: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bei beiden Eltern:

Auch bei getrennt lebenden Eltern ist die **schriftliche Einverständniserklärung beider Eltern Voraussetzung für die Diagnostik und Behandlung** des Kindes:

**Wir üben das Sorgerecht zusammen aus:**

\_\_\_\_\_

**\*Ausschluss einer Parallelbehandlung:** Wir befinden uns zurzeit nicht in der Behandlung oder der Diagnostik in einem SPZ oder einer Institutsambulanz:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vaters

**Vorstellungsanlass:**

- Welche Probleme führen zur Vorstellung in meiner Praxis?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Wer hat eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung vorgeschlagen?

\_\_\_\_\_

- Wurde ihr Kind schon einmal bei einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater oder einem Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten oder in einer Klinik behandelt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Gab es Probleme in der Schwangerschaft, während der Geburt und der Säuglingszeit?

\_\_\_\_\_

- Wie verlief die frühkindliche Entwicklung? **Mit wieviel Monaten/ Jahren** konnte ihr Kind...?

Laufen: \_\_\_\_\_ Fahrrad fahren : \_\_\_\_\_

Schwimmen: \_\_\_\_\_ Erste Worte sprechen: \_\_\_\_\_

Kleine Sätze sprechen: \_\_\_\_\_ Trocken/ sauber: \_\_\_\_\_

- Hatte ihr Kind ....

Krankengymnastik: \_\_\_\_\_ wie lange: \_\_\_\_\_

Ergotherapie: \_\_\_\_\_ wie lange: \_\_\_\_\_

Sprachtherapie: \_\_\_\_\_ wie lange: \_\_\_\_\_

- Gab es ernsthafte Vorerkrankungen?  
\_\_\_\_\_
- Gibt es aktuelle Erkrankungen?  
\_\_\_\_\_
- Welche Medikamente nimmt ihr Kind? In welcher Dosierung?  
\_\_\_\_\_
- War ihr Kind bereits länger als 1-2 Tage im Krankenhaus?  
\_\_\_\_\_
- Wurde ihr Kind schon operiert? Wenn ja, weshalb und wann?  
\_\_\_\_\_
- Hatte ihr Kind Verletzungen, Knochenbrüche, Unfälle, Verbrennungen oder Verbrühungen?  
\_\_\_\_\_
- Leidet ein Familienmitglied an einer chronischen körperlichen oder seelischen Erkrankung?  
\_\_\_\_\_
- Hat ihr Kind stabile Freundschaften?  
\_\_\_\_\_
- Wie ist das Sozialverhalten ihres Kindes?  
\_\_\_\_\_
- Was sind die Stärken ihres Kindes?  
\_\_\_\_\_
- **Gibt es bestimmte Themen, die nicht vor ihrem Kind besprochen werden sollen?**  
\_\_\_\_\_
- Welche Erwartungen haben Sie an eine **ambulante** kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*Ausfallsvereinbarung:**

Hiermit willige/n ich/ wir ein, bei nicht rechtzeitig abgesagtem Termin, 2 Werktage (48 Stunden) vor dem Termin, das vereinbarte Ausfallhonorar von 80.-€ zu bezahlen. Falls dies unterbleibt, kann die Diagnostik bzw. Therapie von Seiten der Praxis beendet werden.

**Ich erkläre mich mit den oben genannten Bedingungen einverstanden.**

\_\_\_\_\_

Duisburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift aller Sorgeberechtigten

**Die Felder mit \* sind Pflichtfelder, ohne diese werden keine Termine vergeben!!!!**

**\*Schweigepflichtsentbindung/ Erlaubnis zur Befundweitergabe**

**Hiermit entbinde ich Frau Dr. Wahle-Conrady und ihre Praxismitarbeiter bis auf Wiederruf von der ärztlichen/therapeutischen Schweigepflicht zum gegenseitigen Informationsaustausch gegenüber**

**Name (Erziehungsberechtigter):** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Datum (Kind):** \_\_\_\_\_

- **Kinderarzt/ Hausarzt:** \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Unterschrift (Eltern): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

- **Vor-/ weiterbehandelnde Therapeuten:** \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_

Unterschrift (Eltern): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

- **Lehrer/ Schule/ KITA:** \_\_\_\_\_  
Klasse/Gruppe: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_

Unterschrift (Eltern): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

- **Jugendamt/ Flexible Hilfe:** \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_

Unterschrift (Eltern): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

• **Sonstige Personen:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Unterschrift (Eltern): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

• **Ergo/Logotherapie:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Unterschrift (Eltern): \_\_\_\_\_

**Bitte tragen sie den Namen und die Telefonnummer der betreffenden Kontaktperson ein.**



## Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter:  
[www.ihre-pvs.de/datenschutz](http://www.ihre-pvs.de/datenschutz)

**Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

### Anmeldung für Privatpatienten

#### Patient

\_\_\_\_\_  
Name Vorname geb. am

#### Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger

\_\_\_\_\_  
Name Vorname geb. am

\_\_\_\_\_  
Beruf\* tel. erreichbar\*

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer E-Mail Adresse\*

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber\*

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherung/Kostenträger\* Tarif\*

\_\_\_\_\_  
Hausarzt/überweisender Arzt\*

**\* Diese Angaben sind freiwillig. Es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie diese Angaben nicht machen. Allerdings ist es ggf. hilfreich, wenn Sie telefonisch erreichbar sind.**