Dr. med. Gudrun Rogler-Franken
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Volkartstraße 5, 80634 München
Telefon (089) 167 89 19 / Fax : (089) 167 83 460
Homepage: www.praxis-dr-rogler.de – Email : info@praxis-dr-rogler.de

Januar 2026

Patienteninformation

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um einen möglichst geregelten Praxisablauf und eine zufriedenstellende Betreuung zu gewährleisten, bitten wir Sie, folgende Punkte zu beachten:

Die Praxis ist am Montag und Dienstag von 9-13 Uhr sowie 14-18 Uhr, am Mittwoch und Freitag 9-13 Uhr sowie 14-16:30 Uhr und am Donnerstag von 9-13 Uhr und 14-17:30 Uhr geöffnet.
Telefonisch erreichen Sie die Praxis Montag bis Freitag von 9-13 Uhr. Bereits bestehende Patienten können, außerhalb unserer Sprechzeit, eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen.

Vor Terminvergabe für Neupatienten benötigen wir folgende Unterlagen:

- Anmeldeformular
- Einverständnis der Sorgeberechtigten
- alle Schulzeugnisse in Kopie
- alle vorhanden Vorbefunde in Kopie

Senden Sie uns die vollständigen Unterlagen per Post oder E-Mail zu. Nach Erhalt melden wir uns telefonisch für eine Terminvergabe bei Ihnen.

Soweit nicht anders vereinbart finden **alle Termine** bei uns **mit** Ihrem Kind statt. **Bitte bringen Sie zum 1. Termin bei uns mit:**

- **die Versicherungskarte der Krankenkasse Ihres Kindes**
- **das gelbe Vorsorgeuntersuchungsheft zur Einsicht**

Die Praxis wird als Bestellpraxis geführt, dadurch entfallen für Sie in der Regel längere Wartezeiten. Dennoch kann es zeitweise aufgrund von Notfällen zu Wartezeiten kommen. Vereinbarte **Termine werden ausdrücklich für Sie und/ oder Ihr Kind freigehalten**. Wir bitten daher, die Termine einzuhalten oder mindestens **24 Std. vorher, abzusagen**. Bei Nichterscheinen zum Termin ohne rechtzeitige Absage muss Ihnen ein **Stundenausfallhonorar** von 100 € in Rechnung gestellt werden.

Für den Fall des geteilten Sorgerechts ist vom sorgeberechtigten Elternteil schriftlich zu versichern, dass die Untersuchung und Behandlung im Einverständnis mit dem anderen Elternteil geschieht.

Rezepte:
Die Ausstellung von Rezepten (Ergotherapie, Logopädie, Medikamente) setzt regelmäßige, **mindestens 2mal jährliche persönliche Wiedervorstellungen des Kindes/ Jugendlichen** voraus. Ergotherapie- und Logopädie-Rezepte sind maximal 2 Wochen gültig, BTM-Rezepte maximal 7 Tage. Für die Ausstellung benötigen wir für jedes neue Quartal die Versicherungskarte.

Fachärztliche Bescheinigungen:
Fachärztliche Bescheinigungen (z.B. für Schulen, Ämter, Kostenträger etc.) sind grundsätzlich nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten und müssen daher von den Sorgeberechtigten selbst beglichen werden. Sie erhalten von unserer Verrechnungsstelle (Firma Helmsauer) eine Rechnung per Post.

Telefonische Sprechzeiten:
Bitte haben Sie Verständnis, dass wir aus datenschutzrechtlichen Gründen keine patientenbezogenen Informationen per E-Mail bearbeiten.
Bestehende Patienten können die behandelnde Ärztin in Ihrer jeweiligen Telefonzeit erreichen:
Fr. Dr. Rogler-Franken: Dienstag 8:30 – 9:00 Uhr und Donnerstag von 8:30 – 9:30 Uhr
Fr. Dr. Sylvia Dettmering: Dienstag 10:30 – 11 Uhr und Freitag von 10:30 – 11 Uhr
Fr. Susanne Pfeiffer: Donnerstag von 10:30 – 11:30 Uhr

Dr. med. Gudrun Rogler-Franken
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Volkartstraße 5, 80634 MünchenTelefon (089) 167 89 19 / Fax : (089) 167 83 460
Homepage: www.praxis-dr-rogler.de

Einwilligungserklärung der Sorgeberechtigten

Name des Kindes: Geburtsdatum:
Adresse:
Datum der Erstvorstellung in der Praxis:
Name der Sorgeberechtigten:

- Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns mit der Untersuchung/ Behandlung meines/unseres Kindes in der o.g. Praxis einverstanden.

Der abwesende Sorgeberechtigte ist ebenfalls mit der Untersuchung/ Behandlung meines Kindes in der o.g. Praxis einverstanden.
Ort, Datum:

_____ _____
Mutter Vater

Für den Fall des alleinigen Sorgerechts:

Ich erkläre, dass ich alleinige/r Sorgeberechtigte/r des o.g. Kindes bin.

_____
Ort, Datum: Unterschrift Mutter/ Vater

Die Sorgeberechtigten können jederzeit ohne Angabe von Gründen von ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf mündlich, per Post, per E-Mail, per Fax oder Telefon übermitteln.

Behandlungsbedingungen unserer Praxis

- Die Patienteninformation habe/n ich/wir gelesen. Mir/ uns ist bekannt, dass vereinbarte Termine, die nicht innerhalb von 24 Stunden abgesagt werden, mir/ uns in Rechnung gestellt werden.

_____
Ort, Datum: Unterschrift Mutter/ Vater

Nur für Privatpatienten:

Hiermit verpflichte/n ich mich/ wir uns, die von der Praxis für die erbrachten Leistungen gestellten Rechnungen nach GOÄ – **unabhängig von der Erstattung durch die private Krankenkasse- innerhalb von 2 Wochen nach Rechnungsdatum ohne Abzüge** zu begleichen.

_____
Ort, Datum: Unterschrift Sorgeberechtigte

Dr. med. Gudrun Rogler-Franken
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Systemische Familientherapeutin (DGSF)

Volkartstr. 5
80634 München

Tel: 089 / 167 89 19
Fax: 089 / 16 78 34 60
info@praxis-dr-rogler.de

Einwilligung in den Versand von Terminerinnerungen per E-Mail

Bitte lesen Sie die folgenden Informationen aufmerksam. Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie nicht einwilligen, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile für die Behandlung.

Patientin/ Patient

Vor- und Nachname:_____ Geburtsdatum:_____

E-Mail-Adresse für
Terminerinnerungen:_____

Wozu wird die E-Mail-Adresse verwendet?

Ich willige eine, dass die Praxis Dr.med. Gudrun Rogler-Franken die oben angegebene E-Mail-Adresse verwendet, um mir Erinnerungen an bereits vereinbarte Termine in der Praxis zu senden. Die Nachrichten sollen möglichst neutral formuliert sein und keine Diagnosen, Befunde oder sonstige medizinische Einzelheiten enthalten.

Versand und Datenschutz

Mir ist bekannt, dass E-Mails trotz technischer Schutzmaßnahmen fehlgeleitet, von Dritten eingesehen oder auf gemeinsam genutzten Geräten sichtbar werden können. Ich stelle sicher, dass ich Zugriff auf das angegebene E-Mail-Postfach habe. Die Praxis verarbeitet die E-Mail-Adresse nur für den o.g. Zweck und im Rahmen ihrer geltenden Datenschutzbestimmungen. Soweit für den Versand technische Dienstleister eingesetzt werden, müssen diese von der Praxis datenschutzrechtlich ordnungsgemäß eingebunden und in den Datenschutzhinweisen berücksichtigt sein.

Information zum Nicht-Wahrnehmen von vereinbarten Terminen

Mir ist bekannt, dass die Praxis mir ein Bereitstellungshonorar in Höhe von 100 € bei Terminen bis zu 60 min und von 150 € bei längeren geplanten Terminen in Rechnung stellt, wenn der Termin nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wird. Dies ist unabhängig davon, ob ich der Terminerinnerung zugestimmt habe oder nicht.

Einwilligung

□ Ja, ich möchte Terminerinnerungen der Praxis an die oben angegebene E-Mail-Adresse erhalten.

□ Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen per E-Mail erhalten.

Unterschrift der Sorgeberechtigten bei Minderjährigen/ volljähriger Patienten

Name des/der Sorgeberechtigten (meist Eltern)/ Vertreter des Sorgerechts/ volljährigePatienten

_____

Ort, Datum:_____ Unterschrift: _____

Vereinbarung zur Erstellung einer fachärztlichen Bescheinigung / eines fachärztlichen Gutachtens

_____

Name, Vorname des Patienten

_____

Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen

_____

Straße, Nr., PLZ, Wohnort

Hiermit beauftrage ich die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis von Frau Dr. Rogler-Franken mit der Erstellung folgender fachärztlicher Bescheinigungen/ Gutachten:

- Fachärztliche Bescheinigung ½ A4-Seite (Kosten: 35 Euro)
- Fachärztliche Bescheinigung 1 A4-Seite (Kosten: 50 Euro)
- Fachärztliche Bescheinigungen zum Nachteilsausgleich für Schulen (Legasthenie, Autismus) sowie Kurz-Atteste gemäß § 53 SGB X (Kosten: 65 Euro)
- Fachärztliche Gutachten gemäß § 35a SGB VIII (Kosten: je nach Arbeitsaufwand 100 bis 250 Euro)
- BtM-Auslandsbescheinigungen (Kosten: 15 Euro)

Stand für die Kosten: Oktober 2025

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten nicht übernommen oder erstattet werden können.

Sie erhalten die Rechnung postalisch über die Verrechnungsstelle Helmsauer oder direkt über die Praxis Dr. Gudrun Rogler-Franken. Die Rechnung ist innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungserhalt zu begleichen.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Dr. med. Gudrun Rogler-Franken
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Volkartstraße 5, 80634 MünchenTelefon (089) 167 89 19 / Fax : (089) 167 83 460
Homepage: www.praxis-dr-rogler.de

Liebe Eltern,
Sie möchten Ihr Kind in unserer Praxis untersuchen lassen. Um uns die Untersuchung zu erleichtern bitten wir Sie, den Fragebogen auszufüllen und uns vor dem vereinbarten Untersuchungstermin zusammen mit Kopien aller Zeugnisse Ihres Kindes und Kopien von für uns relevanten Vorbefunden per Post oder Fax zukommen zu lassen. **Bitte bringen Sie auch das gelbe Vorsorgeheft zum Ersttermin mit**. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Name des Kindes: _____ **geboren am:** _____ **Ausgefüllt am:** _____
Ihre Anschrift & Rufnummer:

_____

_____

Abweichende Rechnungsanschrift:_____

_____

Emailadresse: _____
Fragebogen ausgefüllt von: Mutter ☐ Vater ☐ sonst:_____

---

1. Allgemeines

Wer hat das Sorgerecht?
beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐

sonst_____

Bei wem lebt das Kind?
bei den Eltern ☐ bei der Mutter ☐ beim Vater ☐

bei _____

Kinderarzt/ Hausarzt (Name, Anschrift)

_____

_____

Wer empfahl Vorstellung hier?

_____

_____

Krankenkasse des Kindes
gesetzlich ☐ privat ☐
Name der Kasse

_____

Bei wem ist das Kind mitversichert?

_____

Name und Geburtsdatum der Mutter

_____

Beruf: _____

Name und Geburtsdatum des Vaters

_____

Beruf: _____

Andere Bezugspersonen, die in der Familie leben:

Geschwister d. Kindes (auch Halb- u. Stiefgeschwister)

Name:_____ geb._____
Name:_____ geb._____
Name:_____ geb._____
Name:_____ geb._____
Name: _____ geb._____

---

2. Grund der aktuellen fachärztlichen Untersuchung
Welche Sorgen haben Sie bei Ihrem Kind? Bitte schildern Sie kurz die aktuellen Probleme, seit wann bestehen diese?

_____

_____

_____

_____

Welche Hilfen erwarten Sie?

_____

_____

_____

---

3. Bisherige Erkrankungen

Besondere Erkrankungen, Unfälle, Operationen, Anfallsleiden bei Ihrem Kind nein ☐ ja ☐

_____ im _____ Lebensjahr

_____ im _____ Lebensjahr

_____ im _____ Lebensjahr

Chronische Erkrankungen bei den Geschwistern / Eltern bzw. nahen Verwandten nein ☐ ja ☐

(Art, wen betreffend?_____)

(Art, wen betreffend?_____)

---

4. Schwangerschaft (SS), Geburt und Neugeborenenzeit

Gab es Fehlgeburten oder Totgeburten?

nein ☐ ja ☐ (Jahr) _____

(Schwangerschaftsmonat: _____)

ja ☐ (Jahr) _____

(Schwangerschaftsmonat: _____)

Gab es Komplikationen in der SS mit dem Kind?

Blutungen.....nein ☐ ja ☐

schweres Erbrechen.....nein ☐ ja ☐

Bluthochdruck.....nein ☐ ja ☐

vorzeitige Wehen.....nein ☐ ja ☐

Infektionen.....nein ☐ ja ☐

Unfälle/0perationen.....nein ☐ ja ☐

psychische Belastungen.....nein ☐ ja ☐

Medikamente ?.....nein ☐ ja ☐

(welche, Dosis?_____)

(_____)

regelmäßige Einnahme? .....nein ☐ ja ☐

Alkohol.....nein ☐ ja ☐

Zigaretten (_____ täglich).....nein ☐ ja ☐

andere Drogen .....nein ☐ ja ☐

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt?

_____

Wo erfolgte die Geburt?

_____

_____

_____

Gab es bei der Geburt Komplikationen?

Störung der kindlichen Herztöne….nein ☐ ja ☐

Beckenendlage.....nein ☐ ja ☐

Mehrlingsgeburt.....nein ☐ ja ☐

Kaiserschnittentbindung.....nein ☐ ja ☐

Saugglocke.....nein ☐ ja ☐

grünes Fruchtwasser.....nein ☐ ja ☐

besonders lange Geburt.....nein ☐ ja ☐

sonstige Komplikationen.....nein ☐ ja ☐

(welche?_____)

Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

_____Gramm schwer und _____ cm lang

Kopfumfang: _____ cm

Apgar-Werte im Untersuchungsheft?

5 Minuten _____ 10 Minuten _____

Zur Neugeborenenzeit (erster Lebensmonat)

auffällige blasse/blaue Farbe.....nein ☐ ja ☐
(Beatmung notwendig).....nein ☐ ja ☐

gelbe Farbe.....nein ☐ ja ☐
(Phototherapie notwendig).....nein ☐ ja ☐

Trinkschwierigkeiten.....nein ☐ ja ☐

Klinikaufenthalt notwendig.....nein ☐ ja ☐

(wo? _____)

(wie lange? _____)

sonstige Erkrankungen.....nein ☐ ja ☐

(welche? _____)

auffallende Bewegungsarmut.....nein ☐ ja ☐

auffallende Unruhe.....nein ☐ ja ☐

häufiges Spucken.....nein ☐ ja ☐

Anfälle.....nein ☐ ja ☐

Schreckhaftigkeit.....nein ☐ ja ☐

5. Entwicklung des Kindes

Eckdaten der Entwicklung

Selbständiges Sitzen mit_____ Monaten

Selbständiges Gehen mit _____ Monaten

Sprechen mit _____ Monaten

Tagsüber trocken mit _____ Jahren

Nachts trocken mit _____ Jahren

Tagsüber sauber mit _____ Jahren

Nachts sauber mit _____ Jahren

Kindergartenbesuch

nein ☐ ja ☐ vom ____ bis zum_____ Lebensjahr

War dies ein Regelkindergarten? . .nein ☐ ja ☐

halbtags ☐ ganztags ☐

Probleme im Kindergarten.....nein ☐ ja ☐

(_____)

(_____)

(_____)

Einschulung

Die Einschulung erfolgte im Jahre _____

im Alter von _____ Jahren

Schule: _____

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?
.....nein ☐ ja ☐

(Grund: _____)

Besonderheiten und auffälliges Verhalten in der Entwicklung

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6. Schule und Freizeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt

Schule

Aktuell Besuch der _____ Klasse

Schulform

Grundschule ☐ Mittelschule ☐ Realschule ☐
Gymnasium ☐ Berufsschule ☐ Sonderschule ☐
Diagnose- und Förderklasse ☐ sonstige ☐

(_____)

Nachmittagsbetreuung bis_____Uhr

Stärken in der Schule

_____

_____

_____

_____

Schwächen in der Schule

_____

_____

_____

Verhältnis zur Hauptlehrkraft

_____

_____

Eventuelle Verhaltensprobleme in der Schule

_____

_____

_____

_____

Eventuelle Verhaltensprobleme zu Hause

_____

_____

_____

Freizeit

Findet Ihr Kind leicht Freunde? …..nein ☐ ja ☐

Alter der Freunde: gleichaltrig☐ jünger☐ älter☐

Was spielt Ihr Kind besonders gerne?

_____

_____

_____

_____

_____

7. Chronische Erkrankungen, Entwicklungsauffälligkeiten und Behandlungen

Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten bereits untersucht? .....nein ☐ ja ☐

(Ort, Jahr _____)

(Ort, Jahr _____)

(Ort, Jahr _____)

(Ort, Jahr _____)

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

_____

_____

_____

_____

_____

Mit welchem Ergebnis?

_____

_____

_____

_____

_____

Wurden früher regelmäßig Medikamente eingenommen? .....nein ☐ ja ☐

(welche, wann, wie lange? _____)

(_____)

(_____)

Werden aktuell regelmäßig Medikamente eingenommen? .....nein ☐ ja ☐

(welche, seit wann? _____)

(_____)

(_____)

Bekommt oder bekam das Kind eine spezielle Förderung? .....nein ☐ ja ☐

Krankengymnastik .....nein ☐ ja ☐

Frühförderung.....nein ☐ ja ☐

Ergotherapie.....nein ☐ ja ☐

Heilpädagogik.....nein ☐ ja ☐

Logopädie.....nein ☐ ja ☐

sonstiges.....nein ☐ ja ☐

(warum?_____)

(wo?_____)

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind noch in einer zusätzlichen Betreuung, z.B. bei einem Arzt, einem Psychotherapeuten, einer Beratungsstelle, einer speziellen Therapie usw.? .....nein ☐ ja ☐

(bei wem? _____)

(_____)

(_____)

(_____)

8. Weitere Anmerkungen

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____