

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderzentrum Bethel – Haus 2
Station K7 / K8: Schwerpunkt psychosomatische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter
Grenzweg 14, 33617 Bielefeld
Tel.: 0521 772 78165 / Tel.: 0521 772 75075
Fax: 0521 772 78166
E-Mail: anmeldung.kiz.psychosomatik@evkb.de

Anmeldeformular Psychosomatische Sprechstunde

Bitte senden Sie uns dieses Anmeldeformular mit Unterschriften aller Sorgeberechtigten an anmeldung.kiz.psychosomatik@evkb.de oder per Fax an 0521 772 78166. Nach Eingang der Anmeldung inklusive aller benötigten Unterlagen melden wir uns bei Ihnen bezüglich einer Terminabsprache.

- 1. Grund für die Anmeldung: Bitte beschreiben Sie kurz den Grund für die Anmeldung in unserer Psychosomatik und geben Sie an, welche spezifischen Probleme oder Symptome das Kind hat.**

Anmeldung durch:	☐ Klinik	☐ Praxis	☐ Erziehungsberechtigte(r)	☐ Selbstständig
------------------	---------------------------------	---------------------------------	---	--

2. Patient/in:

Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht	☐ weiblich	☐ männlich	☐ divers
Straße / Hausnr.			
PLZ / Wohnort			
Krankenkasse			
Tel. (Patient/in)		Mobil	
E-Mail (Patient/in)			

3. Angaben zu den Eltern/Erziehungsberechtigten:

Beziehung	☐ Mutter	☐ Vater	☐ Sonstiges:
Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Beschäftigung			
Straße / Hausnr.			
PLZ / Wohnort			
Telefonnummer			
Mobil			
E-Mail			

Beziehung	☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstiges:		
Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Beschäftigung			
Straße / Hausnr.			
PLZ / Wohnort			
Telefonnummer			
Mobil			
E-Mail			
☐ Verheiratet ☐ getrennt/geschieden ☐ Sonstiges:			
Sorgerecht liegt bei:			
☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstiges:			

4. Hausarzt/-ärztin / behandelnder Arzt/Ärztin / Kinderarzt/-ärztin:

Name	
Straße / Hausnr.	
PLZ / Wohnort	
Telefonnummer	
E-Mail	

5. Weitere Hilfen:

Bitte ankreuzen und Ansprechpartner benennen und Schweigepflichtentbindung ausfüllen und von allen Sorgeberechtigten unterschrieben spätestens zum Termin mitbringen.

Institution	Ansprechpartner/in	Telefonnummer
☐ Jugendamt		
☐ Schule		
☐ Psychotherapeut/in		
☐ SPZ/MVZ		
☐ Psychiater		
☐ Sozialamt		
☐ Sonstige		

6. Gibt es relevante medizinische Vorgeschichten des Kindes (z. B. chronische Erkrankungen, Operationen, Allergien)? Falls ja, bitte erläutern Sie:

7. Liste der aktuellen Medikamente des Kindes:

8. Sonstige Informationen:

Hat das Kind besondere Bedürfnisse oder Anforderungen (z. B. Diätbeschränkungen, spezielle Betreuung)?

9. Gibt es besondere Umstände oder Ereignisse im Leben des Kindes oder der Familie, die für die Behandlung relevant sein könnten?

10. Welche Ziele haben Sie für die Behandlung und welchen Auftrag haben Sie an uns als Behandler?

11. Zustimmung und Einverständniserklärung:

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich die oben genannten Informationen wahrheitsgemäß und vollständig angegeben habe. Ich verstehe, dass die Informationen vertraulich behandelt werden und nur für den Zweck der Behandlung verwendet werden. Die Unterschriften aller Sorgeberechtigten sind zwingend erforderlich!

Datum, Ort, Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

Datum, Ort, Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

Datum, Ort, Unterschrift (Patient/in ab 15 Jahren)