

3. Angaben zu den Eltern/Erziehungsberechtigten:

Beziehung	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Beschäftigung			
Straße / Hausnr.			
PLZ / Wohnort			
Telefonnummer			
Mobil			
E-Mail			

Beziehung	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Beschäftigung			
Straße / Hausnr.			
PLZ / Wohnort			
Telefonnummer			
Mobil			
E-Mail			
<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt/geschieden	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Sorgerecht liegt bei:			
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

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

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

5. stationäre oder ambulante Vorstellungen in einer Klinik:

Name der Klinik	
Abteilung	
Letzter Termin	
Telefonnummer	
E-Mail	
Name der Klinik	
Abteilung	
Letzter Termin	
Telefonnummer	
E-Mail	
Name der Klinik	
Abteilung	
Letzter Termin	
Telefonnummer	
E-Mail	

6. Weitere Hilfen:

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

Institution	Ansprechpartner/in	Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Jugendamt		
<input type="checkbox"/> Schule		
<input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in		
<input type="checkbox"/> SPZ/MVZ		
<input type="checkbox"/> Psychiater		
<input type="checkbox"/> Sozialamt		
<input type="checkbox"/> Sonstige		

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

8. Liste der aktuellen Medikamente des Kindes:

9. Sonstige Informationen:

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

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

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

12. 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)

Informationsblatt für die Psychosomatische Sprechstunde

Hallo!

Wir möchten Ihnen hiermit einige Informationen zum Vorgespräch geben, welche notwendig sind, um auf unserer Warteliste aufgenommen zu werden.

In diesem Gespräch wollen wir gemeinsam klären, ob eine Behandlung sowohl aus Ihrer/deiner, als auch aus unserer Sicht sinnvoll erscheint. Sobald unser Anmeldebogen vollständig (!) ausgefüllt an uns zurückgesandt wurde, werden wir einen Vorgesprächstermin vereinbaren.

Was Sie/du über das Vorgespräch wissen müssen:

- **Notwendigkeit einer Überweisung:** Um die Termine wahrnehmen zu können, brauchen Sie eine Überweisung von Ihrem (deinem) Hausarzt/Kinderarzt an unsere Hochschulambulanz für Psychosomatik. Es ist zwingend erforderlich, dass Sie eine Überweisung an die „**Psychosomatik**“ erhalten. Bitte sprechen Sie mit Ihrem (deinem) Hausarzt/Kinderarzt darüber, damit Sie die Überweisung rechtzeitig bekommen.
- **Terminvereinbarung:** Sobald uns der Anmeldebogen vorliegt, melden wir uns bei Ihnen zur Terminvereinbarung.
- **Wichtig vor dem Termin:**
Bitte reichen Sie die Versichertenkarte Ihres Kindes bei Frau Berger zum Einlesen ein.
Grenzweg 14, 33617 Bielefeld
Haus 2, 2. OG, Raum 324

Sie werden dann zum Gesprächsraum begleitet.

Wichtig: Wir bieten sehr gerne diese Termine an. Falls Sie Ihren Termin jedoch nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie darum diese rechtzeitig abzusagen.

Kontaktinformationen der Psychosomatik:

Grenzweg 14, 33617 Bielefeld

Tel.: 0521 772 78165 (K7) / Tel.: 0521 772 75075 (K8)

Fax: 0521 772 78166

E-Mail: anmeldung.kiz.psychosomatik@evkb.de

Wir freuen uns darauf, Sie und dich kennenzulernen.

Viele Grüße