

Anmeldebogen

Anmeldung für: **Tagesklinik** **Stationär** **Ambulant (PIA)**

Bitte senden Sie uns den Anmeldebogen mit Unterschrift von allen Sorgeberechtigten vor dem Termin zurück, bringen Sie ihn spätestens zu Ihrem Termin mit.

Ihr Termin wird Ihnen per Mail schnellstmöglich mitgeteilt oder Sie können diesen unter 0521 – 772 76932 zwischen 14:00 und 15:00 Uhr erfragen.

Patient:

Vorname des Kindes:			
Name:			
Geburtsdatum:		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Straße / Hausnr.:			
PLZ / Wohnort:			
Krankenkasse:			
Tel. (Kind/Jugendlicher):			

Angaben zur Familie:

Mutter:	Vor- und Nachname:		
	Geburtsdatum		
	Beschäftigung:		
	Telefon / Mobil:		
	E-Mail:		
Vater:	Vor- und Nachname:		
	Geburtsdatum		
	Beschäftigung:		
	Telefon / Mobil:		
	E-Mail:		
Verheiratet <input type="checkbox"/> Getrennt/geschieden <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>			

seit:	
-------	--

Sorgerecht liegt bei: Mutter Vater _____

Wenn eine abweichende Sorgerechtsituation besteht, bitte begründen und ggf. familiengerichtliches Urteil in Kopie beifügen:

Kind lebt bei:	
Geschwister/Halb-/Stiefgeschwister (Angabe von Name, Alter, Geschlecht)	

Kindergarten/Schulische Situation:

<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule	
Klasse:	Schultyp:
Name der Schule:	
Wiederholungen:	
Empfehlung nach Kl. 4:	
Schulische Leistungen:	
Besonderheiten:	

Vorstellungsgründe:

Was sind die aktuellen Gründe der Vorstellung? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt Ihr Kind?

--

Weitere Hilfen:

Bitte ankreuzen und Ansprechpartner benennen und bitte Schweigepflichtentbindung ausfüllen und von allen Sorgeberechtigten unterschrieben spätestens zum Termin mitbringen.		
<input type="checkbox"/> Jugendamt	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Sozialamt	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Schule	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Kinderarzt	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Psychologe/ Psychotherapeut	Ansprechpartner: Nächster Termin:	
<input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> SPZ/ MVZ <input type="checkbox"/> Medikation	Ansprechpartner: Nächster Termin:	
<input type="checkbox"/> Sonstige	Ansprechpartner:	
Welche Empfehlungen haben Sie erhalten? Mit welchem Erfolg?		

Ihr Auftrag an uns:

Welche Wünsche oder Vorstellungen haben Sie an uns, wie wir Sie unterstützen können?

Die Unterschriften aller Sorgeberechtigten sind zwingend erforderlich!

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift