

Anmeldebogen

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

Bitte senden Sie uns den Anmeldebogen mit Unterschrift von allen Sorgeberechtigten vor dem Termin zurück.

Ihr Termin wird Ihnen per Mail schnellstmöglich mitgeteilt.

Patient:

Vorname des Kindes:			
Name:			
Geburtsdatum:		☐ weiblich ☐ männlich ☐ 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 ☐ Getrennt/geschieden ☐ Sonstiges ☐			
seit:			

Sorgerecht liegt bei: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

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

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

Kindergarten/Schulische Situation:

☐ Kindergarten ☐ 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.		
☐ Jugendamt	Ansprechpartner:	
☐ Sozialamt	Ansprechpartner:	
☐ Schule	Ansprechpartner:	
☐ Gesundheitsamt	Ansprechpartner:	
☐ Kinderarzt	Ansprechpartner:	
☐ Psychologe/ Psychotherapeut	Ansprechpartner: Nächster Termin:	
☐ Psychiater	Ansprechpartner:	
☐ SPZ/ MVZ	Nächster Termin:	
☐ Medikation		
☐ 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?

☐ Ich bin damit einverstanden eventuelle Laborergebnisse per E-Mail zu erhalten

Die Unterschriften aller Sorgeberechtigten sind zwingend erforderlich!

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift