



Anmeldebogen

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

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

Anmeldung

Remterweg 13 | 33617 Bielefeld

Tel. 0521 772-76930

Fax 0521 772-79689 (PIA)

Fax 0521 772-76682 (Stationssekretariat)

E-Mail: kjp-anmeldung@evkb.de

Ihr Termin wird Ihnen schnellstmöglich per E-Mail mitgeteilt.

Patient:in:

Vorname des Kindes: (Rufname bitte hervorheben)			
Name:			
Geburtsdatum:		☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	
Straße / Hausnr.:			
PLZ / Wohnort:			
Krankenkasse:			
Tel. (Kind/Jugendliche:r):			

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 Klasse 4:	
Schulische Leistungen:	
Derzeitiger Schulbesuch:	☐ vollzeitig, ☐ tageweise (Tage/Woche): _____ ☐ stundenweise (Std./Tag): _____ ☐ Sonstige Schulpflichterfüllung: _____
Zuletzt regulär die Schule besucht (Datum):	
Besonderheiten (Suspendierung etc.):	

Körpergröße: _____ cm; **Gewicht in leichter Kleidung:** _____ kg

Vorstellungsgründe:

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

Weitere Hilfen:

Bitte ankreuzen und Ansprechperson benennen und bitte Schweigepflichtentbindung ausfüllen und von allen Sorgeberechtigten unterschrieben spätestens zum Termin mitbringen.		
☐ Jugendamt	Ansprechperson:	
☐ Sozialamt	Ansprechperson:	
☐ Schule	Ansprechperson:	
☐ Gesundheitsamt	Ansprechperson:	
☐ Kinderärzt:in	Ansprechperson:	
☐ Psycholog:in/ Psychotherapeut:in	Ansprechperson: Nächster Termin:	
☐ Psychiater:in	Ansprechperson:	
☐ SPZ / MVZ	Nächster Termin:	
☐ Medikation		
☐ Sonstige	Ansprechperson:	
Welche Empfehlungen haben Sie erhalten? Mit welchem Erfolg? Berichte?		

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in (ab 14. Geburtstag)