

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 per Mail schnellstmöglich mitgeteilt.

Patient:in:

Vorname des Kindes: (Rufname bitte hervorheben)			
Name:			
Geburtsdatum:		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Getrennt / Geschieden <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>			
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:

<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule	
Klasse:	Schultyp:
Name der Schule:	
Wiederholungen:	
Empfehlung nach Klasse 4:	
Schulische Leistungen:	
Derzeitiger Schulbesuch:	<input type="checkbox"/> vollzeitlich, wenn nicht: Zuletzt regulär die Schule besucht (Datum): _____ <input type="checkbox"/> tageweise (Tage/Woche): _____ <input type="checkbox"/> stundenweise (Std./Tag): _____ <input type="checkbox"/> Sonstige Schulpflichterfüllung: _____
Besonderheiten (Suspendierung etc.):	

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.

<input type="checkbox"/> Jugendamt	Ansprechperson:	
<input type="checkbox"/> Sozialamt	Ansprechperson:	
<input type="checkbox"/> Schule	Ansprechperson:	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	Ansprechperson:	
<input type="checkbox"/> Kinderarzt	Ansprechperson:	
<input type="checkbox"/> Psychologe/ Psychotherapeut	Ansprechperson: Nächster Termin:	
<input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> SPZ / MVZ <input type="checkbox"/> Medikation	Ansprechperson: Nächster Termin:	
<input type="checkbox"/> Sonstige	Ansprechpartner:	

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 (verpflichtend ab 14. Geburtstag)