



Anmeldebogen

ausgefüllt von: Mutter Vater
Bei wem lebt Ihr Kind? Eltern Mutter Vater bei _____

Kind/Jugendlicher:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____
Wohnadresse: _____ Telefon: _____
Mobilfunknummer: _____
Krankenkasse: _____ Mit wem versichert: Vater Mutter Kind
Kinder- oder Hausarzt: _____

Leibliche Mutter:

Name, Vorname: _____
geb. am: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Ausgeübter Beruf: _____
Schulabschluss: _____
Mobilfunknummer: _____

Leiblicher Vater:

Name, Vorname: _____
geb. am: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Ausgeübter Beruf: _____
Schulabschluss: _____
Mobilfunknummer: _____

Stief-/Adoptiv-Mutter (Unzutreffendes streichen):

Name, Vorname: _____
geb. am: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Ausgeübter Beruf: _____
Schulabschluss: _____
Mobilfunknummer: _____

Stief-/Adoptiv-Vater (Unzutreffendes streichen):

Name, Vorname: _____
geb. am: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Ausgeübter Beruf: _____
Schulabschluss: _____
Mobilfunknummer: _____

Geschwister

Geburtsjahr	Name	Schule/Schulart	GS, HGS, Stiefgeschwister
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



Wer hat Sie auf uns aufmerksam gemacht?

Welche Sorgen bereitet Ihnen Ihr Kind?

Schildern Sie bitte kurz die aktuellen Probleme. Seit wann bestehen diese?

Besucht/e Ihr Kind eine Kinderkrippe bzw. einen Kindergarten? Von wann bis wann?

Gab/gibt es dort Probleme? Wie ist/war das Verhältnis zur Erzieherin / zum Erzieher?

Für Schulkinder:

Welche Schule und welche Klasse besucht Ihr Kind aktuell?

Wie ist das Verhältnis zur Hauptlehrkraft? Bestehen Lern- oder Verhaltensprobleme?

Welche Schule(n) besuchte Ihr Kind davor?



Besucht/e Ihr Kind eine Nachmittagsbetreuung? (Name? Von wann bis wann?):

Lebte Ihr Kind schon einmal für einen längeren Zeitraum außerhalb der Familie ?

Gab es in der Vorgeschichte bereits andere Untersuchungen/Beratungen (z.B. Klinikambulanzen, niedergelassene Ärzte, Erziehungsberatung, Jugendamt, Gesundheitsamt, schulpsychologischer Dienst)? Wenn ja: Wann, wo und warum?

Befand sich Ihr Kind bereits früher wegen ähnlicher Probleme oder Erkrankungen in ambulanter oder stationärer Behandlung?

Erhält Ihr Kind momentan Medikamente? Wenn ja: Welche und seit wann?

Besucht Ihr Kind zurzeit eine Therapie? Wenn ja: Welche, bei wem und seit wann?



Besuchte Ihr Kind in der Vergangenheit eine Therapie (z.B. Ergotherapie, Logopädie, Spieltherapie o. ä.)?

Wenn ja: Welche, bei wem und seit wann?

Gab es während der Schwangerschaft Probleme? Wenn ja, welche?

Gab es während der Geburt Probleme? Wenn ja, welche?

Geburtsdaten: Entbindung in der _____ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht: _____ Gramm

Größe: _____ cm

APGAR-Index ____/____/____

Gab es nach der Geburt Probleme? Wenn ja, welche?

Gab es in der frühkindlichen Entwicklung (Sitzen, Krabbeln, Stehen, Laufen, Sauberkeit, Sprache) Auffälligkeiten? Wenn ja, welche?

Sonstige Auffälligkeiten in der Entwicklung ?



Ausgefüllt von: _____

Unsere Praxis wird als Bestellpraxis geführt, dadurch entfallen für Sie die üblichen Wartezeiten. Diese Termine werden ausdrücklich für Sie oder Ihr Kind freigehalten. Sie werden daher gebeten, die Termine einzuhalten oder rechtzeitig, d. h. mindestens 24 Std. vorher, abzusagen. Bei Erkrankung bitten wir um unverzügliche Benachrichtigung oder Rückfrage. Bei Nichterscheinen zum Termin ohne rechtzeitige Absage muss Ihnen ein Stundenausfallhonorar von 67,03 € in Rechnung gestellt werden.

Ich erkläre mich einverstanden, bei Bedarf eine Terminerinnerung per E-Mail oder SMS zu erhalten.

Für gesetzlich versicherte Patienten: Ich versichere, dass aktuell keine laufende Behandlung in einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung (andere Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie), einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) erfolgt. Ich wurde darüber informiert, dass Termine zur Diagnostik, Beratung bzw. Therapie in unserer Praxis nur dann stattfinden können, sofern im gültigen Quartal bisher keine Termine in einer der oben genannten Einrichtungen erfolgt sind bzw. auch nicht mehr stattfinden werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich das Praxispersonal darüber informiere, sollten Termine in entsprechenden Einrichtungen vereinbart werden.

Sorgeberechtigte Personen _____

Mir/uns ist bekannt, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten

Unterschrift des Sorgeberechtigten

drucken