

Sehr geehrte Familien,

bitte beachten Sie folgende Hinweise:

1. Für eine Terminvergabe benötigen wir im Voraus noch einige persönliche Angaben von Ihnen und bitten Sie deshalb, die Fragen zu beantworten und den Bogen ausgefüllt an uns zurückzusenden. Selbstverständlich behandeln wir diese Daten und Informationen im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich.
2. Nach Auswertung dieses Anmeldebogens setzen wir uns zur Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung.
3. Die Erstvorstellungstermine mit Ihnen und Ihrem Kind / Jugendlichen finden ausschließlich am Vormittag statt. Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin die Versichertenkarte Ihres Kindes / Jugendlichen sowie vorhandene Vorbefunde und das gelbe Vorsorgeheft mit. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig (mind. 1 Woche vorher), falls Sie zum Termin verhindert sind.
4. Bitte kommen Sie 15 Minuten vor Ihrem Termin an o.g. Adresse!
Bitte beachten Sie, dass keine hauseigenen Parkplätze zur Verfügung stehen und die Praxis sich in einem Wohngebiet befindet. Wir empfehlen die Nutzung des ÖPNVs, eine Haltestelle befindet sich in unmittelbarer Nähe (Haltestelle Kirchweg).
5. Wir sind darauf angewiesen, dass wir uns umfassend mit Ihnen sprachlich (Deutsch) verständigen können. Um dies zu gewährleisten, bitten wir Sie eine dolmetschende Person mitzubringen (NICHT die Patientin / der Patient).
6. Bitte beachten Sie, dass wir die Verantwortung für Ihre Kinder nur während der Behandlung in den Therapieräumen übernehmen. Das Wartezimmer gehört NICHT dazu. Halten Sie sich bitte an die von uns vorgegebenen Abholzeiten.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Berlin

Dr. Nonn

Patient:in:

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

Wohnhaft bei: Mutter Vater Sonstige _____

Sorgerecht liegt bei: Mutter Vater beide Sonstige _____

Familienstand der Eltern: zusammenlebend getrennt lebend

Hinweis: bei getrenntlebenden Eltern, bitte Einverständniserklärung des anderen sorgeberechtigten Elternteils mitbringen.

Kinderarzt / -ärztin / Hausarzt / -ärztin: _____

Krankenkasse: _____

Elternteil 1:

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

Adresse: _____

Festnetz: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Elternteil 2:

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

Adresse: _____

Festnetz: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Sonstige (z.B. Pflegeeltern, Institutionen etc.):

Name, Vorname / Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Festnetz: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Vorstellungsgrund:

Wir bitten Sie, die Fragen möglichst vollständig zu beantworten, damit wir die Schwierigkeiten Ihres Kindes bestmöglich einschätzen können.

Hauptproblem

Wann traten die Probleme erstmals auf? _____

Wer hat die Vorstellung empfohlen? _____

Belastenden Lebensereignisse (z.B. Trennungserfahrungen, Scheidung der Eltern, Tod wichtiger Bezugspersonen, Umzüge, Erkrankungen usw.)

Erwartungen/Ziele der Vorstellung Ihres Kindes/Jugendlichen in unserer Praxis

Jugendamt

Gibt es Kontakt mit dem Jugendamt? nein ja

Name des Jugendamtes: _____ Zuständiger Sachbearbeiter: _____

Art der Hilfe durch das Jugendamt

Beginn / Dauer / Umfang (pro Woche)

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Beratung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Hilfe (z.B. SPFH) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Teilstationäre Hilfe (Tagesgruppe) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Hilfe (Wohngruppe o.ä.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Anderes | _____ |

Bitte bringen Sie vorhandene Vorbefunde mit

Art der Behandlung	Alter (bei Beginn)	Dauer	Warum?
SPZ			
Ergotherapie			
Logopädie			

Frühförderung			
Ambulante Psychotherapie			
Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung			
Teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung (Tagesklinik)			
Vollstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung			
Beratungsstelle			
Nachhilfe / Förderung			
Medikation			
Bisherige Diagnosen			

Vielen herzlichen Dank für Ihre Zeit und Mühe!

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

Name, Vorname

Unterschrift

Ort und Datum