

## Anmeldebogen

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Handynr.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Name und Ort der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

### Kind/Jugendlicher lebt

bei den leiblichen Eltern      verheiratet:  ja    nein

bei einem leiblichen Elternteil:  Mutter    Vater

bei Pflegeeltern

in einer Wohngruppe

in eigener Wohnung

### Sorgerecht

gemeinsam

Mutter

Vater

Jugendamt (Vormund: \_\_\_\_\_)

andere

Bei getrennt lebenden Eltern: Gibt es aktuell gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen den getrennt lebenden Eltern um Sorgerecht oder Aufenthaltsbestimmung?

Ja

Nein

Hat das Kind Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil?

Ja

Nein

Angaben zur Familie

Mutter:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Berufliche Situation:

- Arbeitnehmer (ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_)
- Selbständig
- Aktuell ohne Anstellung (z.B. aufgrund von Care-Arbeit)
- Arbeitslos
- Berentet
- Sonstige

Vater:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Berufliche Situation:

- Arbeitnehmer (ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_)
- Selbständig
- Aktuell ohne Anstellung (z.B. aufgrund von Care-Arbeit)
- Arbeitslos
- Berentet
- Sonstige

Geschwister:

Name:

Alter:

Tätigkeit (Schule und Klasse, Beruf):

---

---

---

---

Angaben zum Vormund (falls zutreffend)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Jugendamt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Wann erreichbar? \_\_\_\_\_

Namen weiterer Angehöriger, sofern im Haushalt lebend: (z.B. Stiefeltern, Großeltern...)

---

---

Namen weiterer Helfer (Jugendamt, Intensivbetreuer, Familienhilfe...)

---

---

Bisherige Therapien/Behandlungen

Zeitraum	Ärztl. Behandlung, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Beratungsstelle, Klinik, etc	Vorstellungsgrund/Diagnose

Medikamente (Name Präparat und Dosierung)

---

Von wem verordnet?

- Kinderarzt
- KJP-Ambulanz / Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis

Einnahme regelmäßig? \_\_\_\_\_

Bestehen Termine zur Verlaufskontrolle? Wann zuletzt?

---

Aktueller Vorstellungsgrund

---

---

---

---

Ihre Anmeldung in meiner Praxis unterliegt der Schweigepflicht (vgl. § 204 StGB), d.h., dass Ihre Daten selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht weitergegeben werden.

Voraussetzung für eine Behandlung ist, dass die Sorgeberechtigten mit ihrer Unterschrift unter der Anmeldung einer Behandlung des Kindes/Jugendlichen zustimmen. Dies betrifft vor allem den Fall, in dem die getrennt lebenden Eltern beide das Sorgerecht haben. Mit der Unterschrift wird versichert, dass alle Sorgeberechtigten informiert und mit der Behandlung einverstanden sind.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Datum Unterschrift des Jugendlichen ab 15 Jahren