

## **Anmeldebogen**

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_  
wohnhaft: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
über wen ist das Kind versichert: \_\_\_\_\_  
Rechnungsempfänger bei Privatversicherung: \_\_\_\_\_  
Behandelnder Kinderarzt (für den Arztbrief): \_\_\_\_\_

Bei getrennt lebenden Eltern:  
Wo lebt das Kind: \_\_\_\_\_  
Wer ist sorgeberechtigt: \_\_\_\_\_

## **Fragebogen zur Lebensgeschichte Ihres Kindes**

Dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung; deshalb sollten Sie die Fragen zuhause so richtig und genau wie möglich beantworten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich in der gleichen, streng vertraulichen Weise behandelt, wie alle Ihre anderen persönlichen Mitteilungen während Beratung und Behandlung.

Vielen Dank für Ihre Mühe und ihr Engagement für die Gesundheit Ihres Kindes!



Gab oder gibt es **Behandlungen** durch Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie o.ä.?

nein

ja (welche Behandlung, bei wem, wann): \_\_\_\_\_

---

---

Nimmt Ihr Kind zurzeit **Medikamente** ein und wenn ja, welche?

---

**Kindergarten- und Schulbesuch:**

Wird/wurde Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtungen betreut (zutreffendes bitte unterstreichen): Krippe, Krabbelstube, Kindergarten, Kinderhort, Sonderkindergarten, andere: \_\_\_\_\_

Besuch von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung und wenn ja, welche:

---

---

Welche Schulform/Ausbildung besucht Ihr Kind zurzeit?

---

Klassenstufe: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Schule und wenn ja, welche:

---

---

**Schul-/Ausbildungsbesuch** (bitte zutreffendes unterstreichen):

Regelrecht • einmal wiederholt • mehrmals wiederholt • umgeschult • Wiederholung und Umschulung • Abbruch.

**Lebens- und Wohnsituation des Kindes (zutreffendes bitte unterstreichen)**

**Leibliche Eltern:**

Beide leben • Vater gestorben • Vater unbekannt • Mutter gestorben • Mutter unbekannt • beide gestorben • Vater und Mutter unbekannt

**Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:**

Leben zusammen • getrennt/geschieden • durch den Tod getrennt • haben nie zusammengelebt

**Angaben zu den Eltern:**

Name, Vorname      geboren am      Schulabschluss      ausgeführter Beruf

Mutter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Das Kind wohnt zurzeit mit:**

leiblicher Mutter • Stiefmutter • Adoptivmutter • Pflegemutter • Großmutter • sonstiger Ersatzmutter • keiner Mutter

leiblichem Vater • Stiefvater • Adoptivvater • Pflegevater • Großvater • sonstiger Ersatzvater • keinem Vater

leiblichen Geschwistern • keinen Geschwistern • Stiefgeschwistern • Adoptivgeschwistern • sonstige Ersatzgeschwistern

**Stellung in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie:**

Einzelkind • jüngstes Kind • mittleres Kind • ältestes Kind • Kind lebt nicht in Familie.

Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie: \_\_\_\_\_

**Leibliche Geschwister** (bitte in der Reihenfolge der Geburten):

Name, Vorname      geboren am      Schule/Beruf

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Gibt es oder gab es besondere **Belastungen in der Familie** (dauernde Konflikte, körperliche oder seelische Erkrankungen):

---

---

---

Was ist der **Anlass der Vorstellung** in unserer Praxis:

---

---

---

---

---

---

Findet zurzeit eine Behandlung in einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, einem sozialpädiatrischen Zentrum oder einer der Institutsambulanzen der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie statt?

Nein

Ja (bei wem, seit wann): \_\_\_\_\_

---

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Vorstellung von  $\text{\$}\{\#\text{ptv}\}$   $\text{\$}\{\#\text{ptn}\}$  in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. Gaber / Hoffmann

---

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

---

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

**Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zum Erstgespräch mit.**

## Einverständnis-Erklärung

(auszufüllen vom getrennt lebenden Elternteil, wenn beide sorgeberechtigt sind)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass  mein Sohn  meine Tochter

\_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

in der

**Gemeinschaftspraxis Dres. med. Gaber /Hoffmann, Fachärzte für Kinder-  
und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**

untersucht und behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich

die Mutter (Name): \_\_\_\_\_

den Vater (Name): \_\_\_\_\_

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtsentbindungen vorzunehmen.

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Name, Anschrift, Telefonnummer des/der Unterzeichnenden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie diesen Bogen ebenfalls ausgefüllt zum Erstgespräch mit.**

## Honorarausfallsvereinbarung

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, rufen Sie bitte so früh wie möglich an und vereinbaren mit uns einen neuen Termin.

Behandlungsplätze im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sind leider knapp und mit langen Wartezeiten verbunden, auch wir haben eine Warteliste. Wir nehmen uns für die Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes gern ausreichend Zeit, die wir nicht anderweitig verplanen. Deshalb die Aufforderung, vereinbarte Termine rechtzeitig abzusagen.

Bitte schicken Sie uns daher zusammen mit dem ausgefüllten Anamnesebogen die folgende Erklärung unterschrieben zurück:

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich den vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen kann, diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen muss. Ich bin darüber informiert worden, dass mir für jeden nicht rechtzeitig abgesagten und nicht wahrgenommenen Termin ohne ausreichende Entschuldigung ein Ausfallhonorar in Höhe von

**50,00 Euro**

durch die Gemeinschaftspraxis Dres. med. Gaber / Hoffmann in Rechnung gestellt wird. Dieser Betrag muss von mir selbst bezahlt werden, ohne dass eine Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenkasse oder eine private Krankenversicherung besteht.

Mit dieser Regelung bin ich einverstanden.

---

Ort, Datum, Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter