

Anmeldung zur ambulanten Untersuchung / Behandlung

Sehr geehrte Patient*innen und Sorgeberechtigte,

bitte füllen Sie in Ihrem bzw. im Interesse des vorzustellenden Kindes den vorliegenden Fragebogen sorgfältig aus. Insbesondere die Angaben zu den leiblichen Eltern des Kindes, auch wenn das Kind nicht mit diesen lebt bzw. keinen Kontakt mehr zu ihnen hat. Sollten Sie zu bestimmten Angaben nicht in der Lage sein, nennen Sie hierfür bitte den Grund. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

I. Vorzustellende Person

Name und Vorname (des Kindes, der bzw. des Jugendlichen), Geschlecht

Anschrift

Telefon oder Mobil-Nummer, E-Mail, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit

II. Eltern und Geschwister (Zutreffendes bitte ankreuzen oder eintragen bzw. Angaben zum leiblichen Elternteil in Klammern, sofern dieser nicht mit dem Kind zusammenlebt.)

1. Vater: Leiblicher-, Stief-, Adoptiv-, Pflegevater oder anderer, Sorgerecht (ja oder nein)

Name und Vorname, Geburts-, gegebenenfalls Sterbedatum

Anschrift

Telefon / Mobil-Nummer, E-Mail, Staatsangehörigkeit

Schulabschluss, gelernter bzw. ausgeübter Beruf

Bitte angeben: ganztags erwerbstätig, regelmäßig teilzeitbeschäftigt, zeitweise beschäftigt, Schichtarbeit, arbeitslos, in Ausbildung bzw. Umschulung, Rentner, im Haushalt tätig

II. Eltern Vater

2. Mutter: Leibliche-, Stief-, Adoptiv-, Pflegemutter oder andere, Sorgerecht (ja oder nein)

Name und Vorname, Geburts-, gegebenenfalls Sterbedatum

Anschrift

Telefon oder Mobil-Nummer, E-Mail, Staatsangehörigkeit

Schulabschluss, gelernter bzw. ausgeübter Beruf

Bitte angeben: ganztags erwerbstätig, regelmäßig teilzeitbeschäftigt, zeitweise beschäftigt, Schichtarbeit, arbeitslos, in Ausbildung bzw. Umschulung, Rentner, im Haushalt tätig

II. Eltern Mutter

3. Leibliche Geschwister, Halbgeschwister (bitte nennen Sie alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Schule oder Beruf)

Geschwisterkinder bitte untereinander (wie oben genannt) eintragen

III. Lebens- und Wohnsituation des Kindes (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen)

1. Leibliche Eltern:

beide leben Vater verstorben Vater unbekannt Mutter verstorben
Mutter gestorben Mutter unbekannt unbekannt hinsichtlich beider Eltern

2. Beziehungsstatus leibliche Eltern:

leben zusammen getrennt oder geschieden durch Tod getrennt
haben nie zusammen gelebt

3. Derzeitige Wohnsituation des Kindes

Wohnt derzeit bei leiblicher Mutter, Stief-, Adoptiv-, Pflege-, Großmutter, sonstiger Ersatzmutter, leiblichem Vater, Stief-, Adoptiv-, Pflege-, Großvater, sonstiger Ersatzvater, leiblichen Geschwistern, Stief-, Adoptivgeschwistern, sonstigen Ersatzgeschwistern

4. Sonstige Wohnsituation des Kindes

Stationäre Jugendhilfeeinrichtung, Reha- oder Therapieeinrichtung, wohnt allein, in Ehe mit Partner*in, Notunterkunft, kein fester Wohnsitz

5. Kinderzahl und Stellung in jetziger Aufenthaltsfamilie

Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie, Stellung in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie: Einzelkind, jüngstes Kind, mittleres Kind, ältestes Kind

In welchem Krankenhaus wurde das Kind geboren oder Hausgeburt

Name und Anschrift des Krankenhauses

Alter der Mutter bei der Geburt, Nachname der Mutter bei der Geburt

Gab es Schwangerschaftskomplikationen und wenn ja, welche?

Geburtsgewicht in Gramm, Geburtslänge in cm

Gab es Komplikationen während der Geburt oder danach und wenn ja, welche?

**IV. Vorgeschichte
Entwicklung im Kleinkindalter**

Angabe in Monaten: freies Sitzen, Laufen

Angabe in Monaten: erste Worte, erste Sätze

Angabe in Monaten: trocken tagsüber, trocken nachts

Angabe in Monaten: sauber tagsüber, sauber nachts

**V Kindergarten-
und Schulbesuch**

Wird oder wurde Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtung betreut: Krippe, Krabbelstube, Kindergarten, Sonderkindergarten, Hort für Verhaltensgestörte oder Behinderte, unbekannt, sonstige

Besuch (von bis)

Gibt oder gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung und wenn ja, welche?

Welche Schulform oder Ausbildungseinrichtung besucht Ihr Kind zur Zeit?

Name, Anschrift und Telefon-Nummer der Einrichtung, Klassenstufe

Welche Lehrkraft kann am besten Auskunft über Ihr Kind geben?

Schul-, Ausbildungsbesuch: regelrecht, einmal oder mehrmals wiederholt, umgeschult, Wiederholung und Umschulung, Abbruch

**VI. Sonstige
Betreuung**

Wird oder wurde Ihr Kind in einer Einrichtung (Jugend- oder Behinderteneinrichtung etc.) betreut?
Wenn ja: Name, Anschrift, Telefon-Nummer, Betreuungszeit (von bis)

Werden oder wurden Sie von einem Jugendamt, Sozialamt, Gesundheitsamt, Schulpsychologischem Dienst, ReBBZ, einer Erziehungsberatungsstelle oder ähnliches betreut?

Name, Anschrift, Telefon-Nummer, Betreuungszeit (von bis)

Kinderkrankheiten

Unfälle (welcher Art, wann?)

Krankenhausaufenthalte (wo?, wann?, warum?)

Krankenhausaufenthalte (weitere)

Anderweitige Erkrankungen (seit wann bekannt?, wo diagnostiziert?)

Bei welcher Krankenkasse und durch wen ist das Kind versichert: Name der Krankenkasse, Mitglieds-Nummer des Hauptversicherten, Name des Hauptversicherten

Gab es frühere Vorstellungen, Behandlungen wegen psychischer Auffälligkeiten des Kindes bei anderen Institutionen, Psychiatern, Psychologen, Kindertherapeuten? Name, Anschrift, Telefon-Nummer

Wird das Kind derzeit wegen psychischer Auffälligkeiten betreut?, Name, Anschrift, Telefon-Nummer

Gab oder gibt es psychiatrische Erkrankungen in der Familie? Wenn ja, welche und bei wem?

Gab oder gibt es andere Erkrankungen in der Familie? Wenn ja, welche und bei wem?

Weiter: andere Erkrankungen in der Familie

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche, sofern bekannt auch Dosierung angeben

Weiter: Medikamente des Kindes

Bei welchem Hausarzt wird das Kind betreut?, Name, Anschrift, Telefon-Nummer

Bei Mädchen in Jahren: erste Regelblutung, regelmäßig oder unregelmäßig, ausgesetzt seit

Schweigepflichtsentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass Unterlagen (Akten, Berichte, Untersuchungsergebnisse etc.) der unten angegebenen Stellen bzw. Personen betreffend des Kindes, der bzw. des Jugendlichen:

Nachname, Vorname (Kind, Jugendliche bzw. Jugendlicher), Geburtsdatum

von der behandelnden Kinder- und Jugendpsychiaterin, Frau Dorothee Möhrle, angefordert werden dürfen. Mir ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden und dass diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit widerrufen werden kann.

Bitte Stelle bzw. Institution und Person sowie Adresse eintragen

Bitte Stelle bzw. Institution und Person sowie Adresse eintragen

Bitte Stelle bzw. Institution und Person sowie Adresse eintragen

Bitte Stelle bzw. Institution und Person sowie Adresse eintragen

.....

Ja, ich bin damit einverstanden **Nein**

▶ **Patient bzw. Patientin:** Datum, Unterschrift

Ja, ich bin damit einverstanden **Nein**

▶ **Sorge- bzw. Erziehungsberechtigte:** Datum, Unterschrift

Ja, ich bin damit einverstanden **Nein**

▶ **Sorge- bzw. Erziehungsberechtigte:** Datum, Unterschrift

Gleichzeitig entbinde ich Frau Dorothee Möhrle von der Schweigepflicht gegenüber den genannten Stellen bzw. Personen und bin damit einverstanden, dass hier erhobene Behandlungsdaten an die Genannten übermittelt werden dürfen und ein gegenseitiger fachlicher Austausch stattfinden darf.	Patient bzw. Patientin	Ja	Nein
	Sorge- bzw. Erziehungsberechtigte	Ja	Nein
	Sorge- bzw. Erziehungsberechtigte	Ja	Nein

Platz für eventuelle Anmerkungen bezüglich der Schweigepflichtsentbindung