

Anmeldung zur ambulanten Untersuchung/Behandlung

Sehr geehrte Sorgeberechtigte/Erziehungsberechtigte, anderweitig zuständige Begleitpersonen, bitte füllen Sie 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!

Datum: _____

I. Vorzustellendes KindName und Vorname des Kindes, der/des Jugendlichen Geschlecht

Anschrift

Telefon / HandyNr., e-mail

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

II. Eltern und Geschwister

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen bzw. Angaben zum leibl. Elternteil in Klammern, sofern dieser nicht mit dem Kind zusammenlebt

1. Vater leibl. Vater Stiefvater Adoptivvater Pflegevater anderer _____**Sorgerecht** ja nein

Name und Vorname

Anschrift

Telefon /+ HandyNr.

Geburtsdatum (ggfs. Sterbedatum)

Staatsangehörigkeit

Schulabschluss

gelernter/ausgeübter Beruf

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

2. Mutter leibl. Mutter Stiefmutter Adoptivmutter Pflegemutter andere _____**Sorgerecht** ja nein

Name und Vorname

Anschrift

Telefon /+ HandyNr.

Geburtsdatum (ggfs. Sterbedatum)

Staatsangehörigkeit

Schulabschluss

gelernter/ausgeübter Beruf

ganztags erwerbstätig regelmäßig teilzeitbeschäftigt zeitweise beschäftigt Schichtarbeit arbeitslos
 in Ausbildung bzw. Umschulung Rentnerin im Haushalt tätig

3. Leibliche Geschwister/ Halbgeschwister (bitte nennen Sie alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten)

Name, Vorname

geboren am

Schule/Beruf

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

III. Lebens- und Wohnsituation des Kindes

Zutreffendes bitte unterstreichen bzw. eintragen

1. Leibliche Eltern: beide leben, Vater verstorben, Vater unbekannt, Mutter verstorben, Mutter unbekannt, gestorben, unbekannt hinsichtlich beider Eltern
2. Beziehungsstatus leibl. Eltern: leben zusammen, getrennt/geschieden, durch Tod getrennt, haben nie zusammen gelebt
3. Derzeitige Wohnsituation des Kindes: wohnt derzeit bei leibl. Mutter, Stiefmutter, Adoptivmutter, Pflegemutter, Großmutter, sonstiger Ersatzmutter, keiner Mutter, leibl. Vater, Stiefvater, Adoptivvater, Pflegevater, Großvater, sonstiger Ersatzvater, keinem Vater, leibl. Geschwistern, Stiefgeschwistern, Adoptivgeschwistern, sonstigen Ersatzgeschwistern, keinen Geschwistern
4. Sonstige Wohnsituation: stationäre Jugendhilfeeinrichtung, Reha-/Therapieeinrichtung, wohnt allein, in Ehe/ mit Partner(in), Notunterkunft, kein fester Wohnsitz
5. Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie: _____
6. Stellung in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie: Einzelkind, jüngstes Kind, mittleres Kind, ältestes Kind, lebt nicht in einer Familie

IV. Vorgeschichte

1. In welchem Krankenhaus wurde das Kind geboren/Hausgeburt? _____

 Name und Anschrift des Krankenhauses

 Nachname der Mutter bei der Geburt

 Alter der Mutter bei der Geburt

2. Gab es Schwangerschaftskomplikationen und wenn ja, welche? _____

 3. Geburtsgewicht: _____ g Geburtslänge: _____ cm

4. Gab es Komplikationen während der Geburt oder danach und wenn ja, welche? _____
-

5. Entwicklung im Kleinkindalter:

freies Sitzen mit _____ Monaten Laufen mit _____ Monaten

erste Worte mit _____ Monaten erste Sätze mit _____ Monaten

trocken tags mit _____ Monaten trocken nachts mit _____ Monaten

sauber tags mit _____ Jahren sauber nachts mit _____ Monaten

Bei Mädchen: erste Regelblutung mit _____ Jahren (Zutreffendes bitte unterstreichen: regelmäßig, unregelmäßig, ausgesetzt seit _____)

6. Vorerkrankungen

a) Kinderkrankheiten: _____

b) Unfälle (welcher Art, wann?): _____

c) Krankenhausaufenthalte (wo, wann, warum?): _____

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

V. Kindergarten- Schulbesuch**Zutreffendes bitte unterstreichen**

1. Wird/wurde Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtungen betreut:

Krippe, Krabbelstube, Kindergarten, Kinderhort, Sonderkindergarten, Hort für Verhaltensgestörte oder Behinderte, unbekannt, andere _____

Besuch von _____ bis _____ (Datum)

2. Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung und wenn ja, welche?

3. Welche Schulform/Ausbildungseinrichtung besucht Ihr Kind zur Zeit? _____

Name und Anschrift der Einrichtung (Telefonnr.)

Klassenstufe

4. Welcher Lehrer/Ausbilder kann am besten Auskunft über Ihr Kind geben? _____

5. Schul-/Ausbildungsbesuch: regelrecht, einmal wiederholt, mehrmals wiederholt, umgeschult, Wiederholung und Umschulung, Abbruch

VI. Sonstige Betreuung

1. Wird/wurde Ihr Kind in einer Einrichtung (Jugendhilfe/Behindertenhilfe etc.) betreut?

Name, Anschrift, Telefon-Nr. (wenn mgl.), Betreuungszeit (Datum: von...bis)

2. Werden/wurden Sie von einem Jugendamt, Sozialamt, Gesundheitsamt, Schulpsychologischen Dienst, REBUS, einer Erziehungsberatungsstelle oder ähnliches betreut?

Name, Anschrift, Telefon-Nr. (wenn mgl.), Betreuungszeit (Datum: von...bis)

VII. Aufnahmebedingungen

1. Bei welcher Krankenkasse und durch wen ist das Kind versichert:

Name der Krankenkasse

MitgliedsNr. des Haupt-Versicherten

2. Gab es frühere Vorstellungen/Behandlungen wegen psychischer Auffälligkeiten des Kindes bei anderen Institutionen, Psychiatern, Psychologen, Kindertherapeuten?

Name und Anschrift (TelefonNr.)

3. Wird das Kind gegenwärtig wegen psychischer Auffälligkeiten bei anderen Institutionen, Psychiatern, Psychologen, Kindertherapeuten behandelt?

Name und Anschrift (TelefonNr.)

4. Gab/gibt es psychiatrische Erkrankungen in der Familie, wenn ja welche und bei wem?

5. Gab/gibt es andere Erkrankungen in der Familie, wenn ja welche und bei wem?

6. Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein, wenn ja welche, sofern bekannt auch bitte Dosierung angeben

7. Bei welchem **Hausarzt/Kinderarzt** wird das Kind betreut?

Name und Anschrift (TelefonNr.)

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass Unterlagen (Akten, Berichte, Untersuchungsergebnisse etc.) der in diesem Bogen angegebenen Stellen

betreffend des Kindes,
der/des Jugendlichen _____ Geb.Dat: _____

von der behandelnden Kinder- und Jugendpsychiaterin angefordert werden können und damit eine **Schweigepflichtsentbindung gegenüber der behandelnden Kinderpsychiaterin/-psychotherapeutin** seitens der angegebenen Personen/Institutionen von den Sorgeberechtigten/Betreuungspersonen akzeptiert wird. Mir ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden.

Ja, ich bin damit einverstanden

Nein, ich bin nicht damit einverstanden

Unterschrift der **Patientin/des Patienten** _____ Datum: _____

Ja, ich bin damit einverstanden

Nein, ich bin nicht damit einverstanden

Unterschrift der **Sorge-/Erziehungsberechtigten** _____ Datum: _____

Ja, ich bin damit einverstanden

Nein, ich bin nicht damit einverstanden

Unterschrift des **Sorge-/Erziehungsberechtigten** _____ Datum: _____

2. Hiermit entbinde ich die **behandelnde Kinder- und Jugendpsychiaterin von der Schweigepflicht** gegenüber weiterbehandelnden Institutionen, Ärzten, Therapeuten etc. und bin damit einverstanden, dass hier erhobene Behandlungsdaten an die Genannten übermittelt werden dürfen.

Überweisender Arzt (Anschrift, Tel.Nr.,Fax) _____ **ja** **nein**

Andere Institutionen (z.B Jugendamt, REBUS, Erziehungsberatungsstelle etc.) _____ **ja** **nein**

Unterschrift der Patientin/
des Patienten _____ Datum: _____

Unterschrift der Sorge/
Erziehungsberechtigten _____ Datum: _____

Unterschrift des Sorge/
Erziehungsberechtigten _____ Datum: _____