



Wer füllt aus?

Anmeldung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung

Name des Kindes/Jugendlicher/n		geb.		
Adresse des Kindes: (Straße Nr., PLZ Ort)				
Bei wem lebt das Kind (leiblichen Eltern, Pflege- o. Adoptiveltern, getrennt lebende Eltern)				
leibliche Mutter				
Name	Geb.Datum	Berufsausbildung/jetzig Tätigkeit	Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>
leiblicher Vater				
Name	Geb.Datum	Berufsausbildung/jetzig Tätigkeit	Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>
Die Eltern sind <input type="checkbox"/> verheiratet, <input type="checkbox"/> getrennt seit _____, <input type="checkbox"/> geschieden seit _____, <input type="checkbox"/> leben zusammen seit _____				
Lebt das Kind nicht bei den leiblichen Eltern? Wer sind die derzeitigen Bezugspersonen?				
Name	Geb.Datum	Berufsausbildung/jetzig Tätigkeit	Vollzeit <input type="checkbox"/>	
Name	Geb.Datum	Berufsausbildung/jetzig Tätigkeit	Vollzeit <input type="checkbox"/>	
Telefon: Festnetz:	Handy:	e-mail:		
Wer hat das Sorgerecht? Ggf. abweichende Adresse				
Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?				
Bei Familienversicherung, wer ist der Hauptversicherte? (Name, Geb.Datum)				
Bitte bestätigen Sie uns, dass wir zu Ihnen Kontakt aufnehmen dürfen per Brief, SMS, E-Mail und Telefon: <input type="checkbox"/> ja, auf jede Art <input type="checkbox"/> die Datenschutzinformationen habe ich gelesen und bin damit einverstanden				
(Name/ Unterschrift) :				
Kinderarzt, Hausarzt, Adresse, Telefonnummer:				
Welche Schule und Klassestufe, welche KiTa besucht Ihr Kind?				
Schildern Sie uns bitte Ihre Sorgen und Probleme, den Auslöser der Anmeldung.				



Was formuliert Ihr Kind an Sorgen und Problemen?
Seit wann bestehen die Probleme, wann wurden Sie darauf aufmerksam?
Wo und wie häufig zeigt sich das Problemverhalten? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Familie <input type="checkbox"/> Freizeit <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> </div>
Wer hat Ihnen geraten, sich an uns zu wenden?

Vorbehandlungen /aktuelle Behandlungen

Welche ambulanten Vorbehandlungsversuche wurden bisher unternommen und welche bestehen derzeit?

Behandlung	Wo?	Wann?
Ergotherapie/Physiotherapie		
Logopädie		
Frühförderung		
Sozialpädiatrisches Zentrum		
Erziehungsberatungsstelle		
Schulpsychologe		
Psychotherapeut		
Psychiater		
Arzt		
Andere		

Schreiben Sie bitte rechts für die angekreuzten Stellen auf: Name der Institution, wer Sie betreut hat und wann Sie dort gewesen sind.

Bitte bringen Sie alle Berichte mit, die Ihnen vorliegen!

Haben die Maßnahmen dem Kind und der Familie geholfen? Ja Nein

Grund:

Gibt es noch Kontakte und Vereinbarungen aus diesen Maßnahmen? Nein Ja, und zwar:

.....

Gab es stationäre Vorbehandlungen?

nein ja (Bitte Klinik und Zeitraum nennen):

.....

.....