



KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE & PSYCHOTHERAPIE

Dr. med. univ. Daniela Frank-Anwar

1

Anmeldebogen

Liebe Eltern,

wir wollen ihr Kind bestmöglich behandeln. Deshalb ist es notwendig, dass Sie diesen Anmeldebogen **sorgfältig** ausfüllen. Der Anmeldebogen hilft uns, eine bessere Vorstellung bezüglich der Entwicklung und des Umfeldes ihres Kindes zu bekommen. Wir können so effektiver diagnostizieren, beraten und behandeln.

Bitte schicken Sie uns die notwendigen Unterlagen per Post oder per E-Mail. Zeitnah benachrichtigen wir Sie dann und vereinbaren einen Termin. Gerne dürfen Sie uns bei Fragen bezüglich des Anmeldeformulars kontaktieren.

Selbstverständlich behandeln wir ihre Angaben vertraulich.

Infos zu Familienverhältnissen

Name des **Kindes**/ des (der) **Jugendlichen**

(Vor-/Zuname):

Geburtsjahr:

Adresse:

Mobil:

E-Mail:

Versicherung:

- gesetzlich
- privat

Name der Krankenkasse:
Nummer der Krankenkasse:
Versicherungs-Nr. des Kindes:
Hauptversicherte/r:

Kontaktdaten Mutter:

Name:
Adresse:
.....
Telefon:
Mobil:
E-Mail:
Sorgerecht: ja nein

Kontaktdaten Vater:

Name:
Adresse:
.....
Telefon:
Mobil:
E-Mail:
Sorgerecht: ja nein

Kontaktdaten Wohngruppe/Pflegefamilie/nahestehende Bezugsperson (falls zutreffend):

Name:
Adresse:
.....
Telefon:
Mobil:
E-Mail:
Sorgerecht: ja nein

- Gab es schon einen stationären Aufenthalt in einer Kinder- und

Jugendpsychiatrie?

ja

nein

Falls ja, wo?

.....

Wann?

.....

- Fanden testpsychologische Untersuchungen statt?

ja

nein

Falls ja, wo?

.....
.....

Falls Sie eine/mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet haben, bitten wir Sie die Arztbriefe/Therapieberichte (Kopien) zum Termin mitzubringen

Ohne Vorlage der **Einverständniserklärung** können wir bei getrenntlebenden Elternteilen mit gemeinsamem Sorgerecht den vereinbarten Termin nicht durchführen.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift