



KJP
DR. SUSANNE VIVELL-NORMANN
DR. SEBASTIAN HERR

Liebe Eltern,

in Vorbereitung auf den telefonisch vereinbarten Vorstellungstermin in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Gemeinschaftspraxis bitten wir Sie, unser folgendes Anmeldeformular und unseren Anamnesebogen auszufüllen.

Sie können die Unterlagen entweder ausdrucken und von Hand ausfüllen oder am PC ausfüllen, danach ausdrucken und unterschreiben.

Falls Sie einzelne Punkte nicht beantworten können, lassen Sie diese einfach offen. Wir können diese bei Bedarf im Termin ergänzen.

Bitte bringen Sie die unterschriebene Anmeldung und den Anamnesebogen zum Termin in unserer Gemeinschaftspraxis mit.

Wenn nicht beide Elternteile am Termin teilnehmen können, bitten wir darum, dass bei gemeinsamem Sorgerecht die beigelegte Einverständniserklärung vom nicht begleitenden Elternteil unterschrieben beigelegt wird.

Bitte bringen Sie zum ersten Termin in der Praxis folgende Unterlagen mit:

- Chipkarte der Krankenkasse
- Überweisung des Kinder- bzw. Hausarztes
- gelbes Untersuchungsheft
- Grundschulzeugnisse (bitte in Kopie)
- evtl. vorhandene Befundberichte (bitte in Kopie)

Bei Fragen können Sie sich gerne an unser Sekretariat wenden.

Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen spätestens am Tag zuvor abzusagen.

Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!

Ihr KJP-Wiehre Team

Anmeldung

Datum:

Name, Vorname des Patienten / der Patientin:

Geburtstag: Nationalität: Religion:

Str., Hausnr.: PLZ, Wohnort: Krankenkasse:

Eltern:
zusammenlebend verheiratet
getrennt geschieden
Leibliches Kind beider Eltern der Mutter des Vaters
Pflegekind
Adoptivkind
Sorgerecht beide Elternteile Mutter Vater
Sonstige

Mutter:

Name, Vorname:

Geburtstag: Nationalität:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Beruf:

Tel.:

Vater:

Name, Vorname:

Geburtstag: Nationalität:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Beruf:

Tel.:

Geschwister: 1. 4.
2. 5.
3. 6.

Brief an Haus- oder Kinderarzt: ja nein

Rechnungsempfänger:

(bei Privatpatienten)

Name, Vorname:

Anschrift:

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Gespräche mit Dritten (z.B. Kinderärzte, Lehrerinnen, Erzieherinnen, o.ä.) können erst nach Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erfolgen.

Freiburg, den

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater

Unterschrift sonst. Sorgerechthabende

Anamnesebogen

Patientin / Patient

Datum:

Name: Vorname:

Geb. am: Alter: Geschlecht:

Wohnort:

Name Vater: Name Mutter:

Konfession: Konfession:

Kinder-/Hausarzt:

Aufmerksam gemacht auf Praxis von:

Psychiatrische Voruntersuchung durch:

Logopädie durch:

Ergotherapie durch:

Heilpädagogik durch:

Sonstige Anmerkungen:

Anamnese der Patientin / des Patienten

1.1 Schwangerschaft:

Hyperemesis Blutungen

Konsum von:

Alkohol Nikotin

Medikamente Drogen

Psychische Belastungen sonstiges:

1.2 Geburt:

1.3 Aus dem gelben Untersuchungsheft:

APGAR:

Gewicht: Länge: Kopfumfang:

1.4 Säuglingszeit:

Gesundheitliche Störungen:

Schreien:

Schlaf:

Ernährungsstörungen:

Von wem versorgt:

1.5 Entwicklung:

Erste Wörter im Alter von:

Laufbeginn im Alter von:

Sauberkeitsentwicklung:

Kinderkrankheiten:

Andere Erkrankungen, Unfälle, Operationen (Alter, Komplikationen):

1.6 Kita:

Alter: AnsprechpartnerIn:

Verhalten:

Kontaktverhalten:

Besonderheiten:

1.7 Kindergarten:

Alter: AnsprechpartnerIn:

Verhalten:

Kontaktverhalten:

Besonderheiten:

1.8 Schulische Laufbahn:

Aktuelle Klasse: KlassenlehrerIn:

Grundschule:

Leistungen:

Hausaufgaben:

Lieblingsfächer:

Verhältnis zu LehrerInnen:

Verhältnis zu MitschülerInnen:

Weiterführende Schule:

Leistungen:

Hausaufgaben:

Lieblingsfächer:

Verhältnis zu LehrerInnen:

Verhältnis zu MitschülerInnen:

1.9 Verhältnis zu den Geschwistern:

Gut mit: Schlecht mit:

Reaktion auf Geburt von Geschwistern:

1.10 Freizeitbeschäftigung: (Art, Kameradenkontakt, Lieblingsspiele):

1.11 Soziale Auffälligkeiten:

Stehlen Lügen Streunen

Zündeln Tätlichkeiten Schuleschwänzen

Polizeikontakt Vorstrafen: Sonstiges:

Aggressionen:

1.12 Kontakte zum Jugendamt in Zusammenhang mit:

Regelung der elterlichen Sorge bei Trennung und Scheidung

Hilfen zur Erziehung sonstiges:

2.0 Sicherungsfragen:

2.1 Regelmäßig eingenommene Medikamente:

2.2 Genussmittel:

Alkohol: Nikotin:

Drogen:

2.3 Krämpfe, Anfälle, Ohnmachten: ja Nein

2.4 Psychiatrische Erkrankungen in der Familie:

2.5 Belastende Lebensereignisse:

Sorgeberechtigte:

Unterschrift: Vater: _____ Mutter: _____

sonst. Sorgeberechtigte: _____

Bei gemeinsamem Sorgerecht bitte beide Eltern unterschreiben.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Falls Sie getrennt leben / geschieden sind, aber ein gemeinsames Sorgerecht bestehen sollte, bitten wir Sie folgendes zu beachten:

Falls nicht beide Sorgerechtsinhaber am Termin teilnehmen können, bitte diese Einverständniserklärung von der Sorgerechtsinhaberin / dem Sorgerechtsinhaber unterschreiben zu lassen, der nicht am Termin teilnimmt.

Name, Vorname Patientin / Patient:

Geburtsdatum:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name, Vorname Sorgerechtsinhaber*in:

Mutter

Vater

sonst. Sorgeberechtigter:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind in der Gemeinschaftspraxis von Frau Dr. Vivell-Normann & Herrn Dr. Herr untersucht und bei Bedarf behandelt wird.

Datum

Unterschrift