

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. Martin Ruf

Hussitenstrasse 4
 16321 Bernau
 www.kinderpsychiater-bernau.de

Tel 03338 - 6042540
 Fax 03338 - 6042541
 mail@kinderpsychiater-bernau.de

Bitte senden Sie uns diesen **Anmeldebogen** zusammen mit dem **Fragebogen zur Entwicklung des Kindes** zurück. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztl. Schweigepflicht.

Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen		Geburtsdatum	
Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Konfession	
Anschrift des Kindes/Jugendlichen			
Telefonnummer privat	Telefonnummer dienstlich	Mobiltelefon	Faxnummer
E-Mail:			
Name und Ort der Krankenkasse		Hauptversicherter	
Name und Vorname der Mutter		Geburtsdatum u. Familienstand der Mutter	Beruf
Adresse der Mutter			
Name und Vorname des Vaters		Geburtsdatum u. Familienstand des Vaters	Beruf
Adresse des Vaters			
Schule/ Klasse		Sorgeberechtigte bitte unbedingt angeben o Mutter o Vater o Vormund	Kind wurde angemeldet von
Geschwister:			
Behandelnder Hausarzt / Kinderarzt, Name und Adresse:			
Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass der behandelnde Kinder-/Hausarzt einen Bericht zu Ergebnissen und Empfehlungen erhält: o Ja o Nein			

Was sind Ihre **Sorgen** bzw. welche **Probleme** bestehen?

Seit wann bestehen diese?

Krankheiten und **ambulante Behandlungen / Hilfen** (auch Kinderkrankheiten, Unfälle usw.; frühere oder laufende ärztliche, psychologische, sozialpädagogische Untersuchungen, Kinder- und Jugendpsychiater, Erziehungsberatung, KJPD, Jugendamt, Gesundheitsamt, Schulpsychologischer Dienst, usw.) Bitte Behandler / Institution, Adresse und wann angeben.

Besucht das Kind eine **Tagesstätte / Horteinrichtung**? Wenn ja, welche?

Wurde das Kind in **Einrichtungen der Jugendhilfe** betreut? Wenn ja, in welchen und wann?

Wurde das Kind im **Krankenhaus** ambulant oder stationär vorgestellt oder behandelt? Wo? Wann? Warum?

Erhält das Kind **Medikamente**? Wenn ja, welche und seit wann?

Sollten Ihnen bereits Berichte/Befunde vorliegen, so wäre es sehr hilfreich, wenn Sie diese in Kopie beifügen könnten. Alle Unterlagen werden streng vertraulich behandelt.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihr Kind nicht im gleichen Quartal des Jahres, in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikambulanz, einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder in einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung (Praxis f. Kinder- und Jugendpsychiatrie) in Behandlung sein darf. Da bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen eine gleichzeitige Abrechnung nicht möglich ist, müssen wir Ihnen die Kosten sonst privat in Rechnung stellen.

Ort, Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters Ort, Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Hiermit erkläre ich mich / wir uns damit einverstanden, dass Berichte/Befunde angefordert werden können von:

-
-
-

Diese Einverständniserklärung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ort, Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters Ort, Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters