

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