



Anmeldebogen für Kinder und Jugendliche

1) Angaben zum Kind

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse des Kindes: _____

Versicherungsnummer: _____

Wir kommen auf Empfehlung von: _____

Der Hausarzt des Kindes ist (Name, Anschrift): _____

Unser Kind besucht:

Kindergarten Grundschule Mittelschule Gymnasium

Lernförderschule Sprachheilschule Schule für Erziehungshilfe

Schule für Kinder mit einer geistigen Behinderung

Schule für Kinder mit einer körperlichen Behinderung

Integrationskind

Klassenstufe: _____ in Berufsausbildung zur(m) _____

Name KlassenlehrerIn/ErzieherIn/AusbilderIn: _____

Name Ausbilder/in, Telefonnummer: _____

betrieblich überbetrieblich/schulisch Ausbildungsjahr: _____

Name und Anschrift der Schule/Kindereinrichtung/Ausbildungsstelle/Betrieb:

nachmittags: Hortbetreuung Fremdbetreuung Großeltern

Leistungen und Verhalten in der Schule/Hort/Kindergarten:

gut befriedigend ausreichend versetzungsgefährdet

Problemfächer: _____

Deutschnote: _____ Mathenote: _____ Sportnote: _____

Bitte schildern Sie die Entwicklung der Problematik, wegen derer Sie Ihr Kind behandeln lassen wollen.

Bitte geben sie an, wo Ihr Kind in Behandlung war/ist.

Krankenhäuser und Kliniken (stationär oder ambulant)

Name, Ort von - bis noch in Behandlung ja/nein

--

Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialpädiatrisches Zentrum

Name, Ort von - bis noch in Behandlung ja/nein

--

Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Frühförderstellen

Name, Ort von - bis noch in Behandlung ja/nein

--

Sonstige Behandlungen, Lerninstitutionen, Beratungsstellen, Jugendamt/ASD

Name, Ort von - bis noch in Behandlung ja/nein

--

Bitte fügen Sie die Behandlungsberichte bei.

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente oder hat es in der Vergangenheit regelmäßig

Medikamente genommen?

Name, Dosis des Medikamentes von - bis wird noch genommen ja/nein

--

Lebensmittelpunkt des Kindes

Das Kind lebt bei:

- beiden leiblichen Eltern verheiratet: ja nein
 allein erziehender Mutter allein erziehender Vater
 Mutter und Stiefvater Vater und Stiefmutter Großeltern
 Pflegeeltern Adoptiveltern in Heim/ Wohngruppe in eigener Wohnung

Sorgerecht

Das Sorgerecht hat: _____

Einverständnis aller Sorgeberechtigten zur Behandlung ja nein

2) Angaben zur Familie

Mutter

Name, Vorname: _____ Geburtsjahr: _____

Erlerner Beruf: _____ aktueller Beruf: _____

Anschrift/Telefon (wenn von Kind abweichend): _____

Vater

Name, Vorname: _____ Geburtsjahr: _____

Erlerner Beruf: _____ aktueller Beruf: _____

Anschrift/Telefon (wenn von Kind abweichend): _____

Geschwister

Name	Alter	Tätigkeit (Schule und Klasse, Beruf)
------	-------	--------------------------------------

--	--	--

Besonderheiten bei den Geschwistern: _____

andere Bezugspersonen (z.B. Stiefvater, Halbgeschwister, Stiefgeschwister, Pflegeeltern)

Name	Alter	Tätigkeit (Schule und Klasse, Beruf)
------	-------	--------------------------------------

--	--	--

Migrantenhintergrund der Familie/Nationalität: _____

Wir interessieren uns besonders für:

- Diagnostik Homöopathie Schulmedizin Ergotherapie Psychotherapie
- Logopädie heilpädagogische Entwicklungsförderung Selbsthilfegruppen
- Training sozialer Kompetenzen Lernstrategietraining Konzentrationstraining
- Wahrnehmungstraining Therapeutisches Reiten schulische Hilfen
- Stressmanagement Entspannung Biofeedback Ernährungsberatung

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Dieses Blatt bitte unterschrieben zurücksenden.

3) Hinweise

Wir bitten Sie, uns den ausgefüllten Anmeldebogen zuzuschicken oder in unserer Praxis abzugeben (Montag - Freitag zwischen 8 Uhr und 18 Uhr).

Für die Durchsicht Ihrer Unterlagen benötigen wir etwa 1 bis 2 Wochen und schicken Ihnen anschließend einen Termin per Post zu. Sollten Sie 3 Wochen nach Einreichung Ihrer Unterlagen keinen Termin erhalten haben, setzen Sie sich bitte erneut mit uns in Verbindung.

Wenn Sie einen Termin erhalten haben, möchten wir Sie bitten, uns diesen, spätestens 2 Wochen vorher, schriftlich (s. Seite 7) oder telefonisch zu bestätigen. Wenn Sie dies nicht tun, werden wir ihn leider anders vergeben müssen.

Die gegenseitige Verlässlichkeit ist uns sehr wichtig. Wenn Sie nicht oder mit deutlicher Verspätung kommen, können wir in dieser Zeit keine anderen Patienten behandeln. Deswegen bitten wir Sie mit der Anmeldung um Ihr Einverständnis, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten und nur bei schwerwiegenden Gründen spätestens 24 Stunden vorher mit Nennung des Grundes absagen.

Sollte dies nicht geschehen, so bitten wir Sie um Ihr Einverständnis, dass Sie sich an den uns entstehenden Unkosten durch Zahlung von 20 Euro pro ausgefallenen Termin beteiligen. Das deckt zwar nicht annähernd die uns entstehenden Unkosten, soll aber helfen Sie daran zu erinnern, dass unsere Behandlung wertvoll ist.

Voraussetzung für eine Behandlung in unserer Praxis ist, dass alle Sorgeberechtigten mit Ihrer Unterschrift unter die Anmeldung das Einverständnis mit einer Behandlung des Kindes dokumentieren. Dieses gilt vor allem auch dann, wenn getrennt lebende Eltern beide das gemeinsame Sorgerecht haben.

Bitte sprechen Sie auch mit Ihrem Kind vor der Anmeldung in unserer Praxis über Ihr Anliegen. Es wäre schön, wenn Sie Ihr Kind, sollte es älter als 10 Jahre alt sein, die Anmeldung mit unterschreiben lassen. Das erleichtert uns und Ihnen den Beginn der Behandlung sehr.

Erklärung aller Sorgeberechtigten und ggf. des Kindes/ Jugendlichen (ab 10 Jahren):

Wir sind mit den oben beschriebenen Behandlungsbedingungen einverstanden und nehmen hiermit die Anmeldung in der Praxis Dr. Amm vor:

Ort, Datum Unterschrift aller Sorgeberechtigter Unterschrift des Kindes/ Jugendlichen

Dieses Blatt ist für Ihre Unterlagen

3) Hinweise

Wir bitten Sie, uns den ausgefüllten Anmeldebogen zuzuschicken oder in unserer Praxis abzugeben (Montag - Freitag zwischen 8 Uhr und 18 Uhr).

Für die Durchsicht Ihrer Unterlagen benötigen wir etwa 1 bis 2 Wochen und schicken Ihnen anschließend einen Termin per Post zu. Sollten Sie 3 Wochen nach Einreichung Ihrer Unterlagen keinen Termin erhalten haben, setzen Sie sich bitte erneut mit uns in Verbindung.

Wenn Sie einen Termin erhalten haben, möchten wir Sie bitten, uns diesen, spätestens 2 Wochen vorher, schriftlich (s. Seite 7) oder telefonisch zu bestätigen. Wenn Sie dies nicht tun, werden wir ihn leider anders vergeben müssen.

Die gegenseitige Verlässlichkeit ist uns sehr wichtig. Wenn Sie nicht oder mit deutlicher Verspätung kommen, können wir in dieser Zeit keine anderen Patienten behandeln. Deswegen bitten wir Sie mit der Anmeldung um Ihr Einverständnis, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten und nur bei schwerwiegenden Gründen spätestens 24 Stunden vorher mit Nennung des Grundes absagen.

Sollte dies nicht geschehen, so bitten wir Sie um Ihr Einverständnis, dass Sie sich an den uns entstehenden Unkosten durch Zahlung von 20 Euro pro ausgefallenen Termin beteiligen. Das deckt zwar nicht annähernd die uns entstehenden Unkosten, soll aber helfen Sie daran zu erinnern, dass unsere Behandlung wertvoll ist.

Voraussetzung für eine Behandlung in unserer Praxis ist, dass alle Sorgeberechtigten mit Ihrer Unterschrift unter die Anmeldung das Einverständnis mit einer Behandlung des Kindes dokumentieren. Dieses gilt vor allem auch dann, wenn getrennt lebende Eltern beide das gemeinsame Sorgerecht haben.

Bitte sprechen Sie auch mit Ihrem Kind vor der Anmeldung in unserer Praxis über Ihr Anliegen. Es wäre schön, wenn Sie Ihr Kind, sollte es älter als 10 Jahre alt sein, die Anmeldung mit unterschreiben lassen. Das erleichtert uns und Ihnen den Beginn der Behandlung sehr.

Zu Ihrem ersten Termin in unserer Praxis bitte mitbringen:

- Lebenslauf des Kindes
- Einschätzung des Kindergartens / der Schule
- Zeugnisse
- Schulhefte
- Vorbefunde

.....
.....

Diese Terminvereinbarung bitte vom Anmeldebogen abtrennen und nach erfolgter Terminvereinbarung zurücksenden.

Terminbestätigung

Hiermit bestätige ich den Termin in der Praxis Dr. Amm für

Name des Kindes/Jugendlichen

Am _____ um _____ Uhr

.....