



## Anmeldebogen für Kinder und Jugendliche

### 1) Angaben zum Kind

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ versichert über: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Wir kommen auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Der Hausarzt des Kindes ist (Name, Anschrift): \_\_\_\_\_

### Unser Kind besucht:

- Kindergarten       Grundschule       Mittelschule       Gymnasium  
Förderschule für:       Sprache       Erziehungshilfe       Hören       Sehen  
 geistigen Behinderung       körperlichen Behinderung

Integrationskind:      Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

Klassenstufe: \_\_\_\_\_  in Berufsausbildung zur(m) \_\_\_\_\_

Name KlassenlehrerIn/ErzieherIn/AusbilderIn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

zusätzlich:       Hortbetreuung       Fremdbetreuung       Großeltern

### Leistungen und Verhalten in der Schule/Hort/Kindergarten:

- gut       befriedigend       ausreichend       versetzungsgefährdet

Problemfächer: \_\_\_\_\_

Deutschnote: \_\_\_\_\_ Mathenote: \_\_\_\_\_ Sportnote: \_\_\_\_\_

**Bitte schildern Sie die Problematik mit Beginn und Verlauf, wegen derer Sie Ihr Kind behandeln lassen wollen.**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to describe the child's problem and its course.

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

**stationär:  Krankenhäuser, Kureinrichtungen**

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

--

**ambulant:  Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialpädiatrisches Zentrum, Spezialsprechstunde**

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

--

**Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Frühförderstellen**

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

--

**Sonstige Unterstützung, Lerninstitutionen, Beratungsstellen, Jugendamt/ASD**

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

--

**Bitte fügen Sie 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  
 alleinerziehende 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

### Migrationshintergrund/ Nationalität.

#### Mutter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ aktuelle Tätigkeit (Std.Woche): \_\_\_\_\_

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) /im HH des Kindes
------	-------	--

--	--	--

Besonderheiten bei den Geschwistern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Name	Alter	Tätigkeit (Schule und Klasse, Beruf) /im HH des Kindes
------	-------	--

--	--	--

Migrantenhintergrund der Familie/Nationalität: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Angaben!**

Dieses Blatt bitte unterschrieben zurücksenden.

## Hinweise

Wir bitten Sie, uns den ausgefüllten Anmeldebogen zuzuschicken oder in unserer Praxis abzugeben.

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, umgehend spätestens 2 Wochen vorher, schriftlich (s. Seite 7) oder per Mail 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, 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 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 zu lassen. Das erleichtert uns und Ihnen den Beginn der Behandlung sehr.

Erklärung aller Sorgeberechtigten und 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

---

Name in Druckschrift:

Name in Druckschrift:

---

Name des Kindes in Druckschrift:

Dieses Blatt ist für Ihre Unterlagen (Kopie)

### **Hinweise**

Wir bitten Sie, uns den ausgefüllten Anmeldebogen zuzuschicken oder in unserer Praxis abzugeben.

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, umgehend spätestens 2 Wochen vorher, schriftlich (s. Seite 7) oder per Mail 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, 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 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 zu lassen. Das erleichtert uns und Ihnen den Beginn der Behandlung sehr.

## Zu Ihrem ersten Termin in unserer Praxis bitte mitbringen:

- Lebenslauf des Kindes,

### **falls vorhanden:**

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