



## 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 zusammen mit der Überweisung des Hausarztes zuzuschicken oder in unserer Praxis abzugeben. Ansonsten ist eine Bearbeitung nicht möglich.

Für die Durchsicht Ihrer Unterlagen benötigen wir etwa 1 bis 2 Wochen und schicken Ihnen einen Termin per Post oder E-Mail 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 oder per Mail zu bestätigen.

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, die vereinbarten Termine einzuhalten und nur bei schwerwiegenden Gründen bzw. spätestens 24 Stunden vorher mit Nennung des Grundes abzusagen.

Bei Nichterscheinen bzw. kurzfristiger Absage müssen wir einen Unkostenbeitrag von 20 Euro pro ausgefallenen Termin in Rechnung stellen.

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.

Voraussetzung für eine Behandlung in unserer Praxis ist, dass **alle Sorgeberechtigten** mit Ihrer Unterschrift unter die Anmeldung das Einverständnis mit der Behandlung des Kindes geben. (Dieses gilt vor allem auch dann, wenn getrennt lebende Eltern **beide das gemeinsame Sorgerecht** haben.) Sollte nur ein sorgeberechtigtes Elternteil unterschrieben haben, gehen wir vom alleinigen Sorgerecht aus.

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:

---

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift Sorgeberechtigter

---

Name in Druckschrift Sorgeberechtigter

Name in Druckschrift Sorgeberechtigter

---

Name des Kindes in Druckschrift

Unterschrift des Kindes

---

Ort und Datum

**Zu Ihrem ersten Termin in unserer Praxis bitte mitbringen (in Kopie):**

- Lebenslauf des Kindes

**falls vorhanden:**

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