

Anmeldung zum Erstkontakt

in der

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie KJP4You, Wiesbaden

Sehr geehrte Eltern,

auf den folgenden Seiten finden Sie den Anmeldebogen zur Vorbereitung auf das erste Gespräch in unserer Praxis.

Auch wenn der Fragebogen zunächst etwas umfangreich erscheint, beinhaltet er eine Vielzahl wichtiger Informationen zu Ihrem Kind bzw. Jugendlichen und dessen familiärer Situation, die wir für eine gute Vorbereitung auf unser Gespräch benötigen. Bitte füllen Sie den Fragebogen daher zunächst in Ruhe aus, und lassen auch gerne Ihren Sohn/Ihre Tochter den hierfür vorgesehenen **Fragebogen für Kids** (Seite 8) ausfüllen.

Ihre personenbezogenen Daten werden dabei ausschließlich in Übereinstimmung mit dem jeweils geltenden Datenschutzrecht von uns erhoben und genutzt. Weitere Informationen zum Datenschutz in unserer Praxis finden Sie auf unserer Webseite (www.kjp4you.de) im Register *Praxisinformation zum Datenschutz*.

Wichtig für die Vorstellung in unserer Praxis ist dabei auch das Einverständnis aller Sorgeberechtigten. Alle hierfür erforderlichen Angaben können Sie in der entsprechenden **Einverständniserklärung für Sorgeberechtigte** (Seite 9) machen. Bitte beachten Sie, dass bei einem gemeinsamen Sorgerecht auch beide Elternteile diese Einverständniserklärung unterschreiben müssen.

Sobald sie den Fragebogen fertig ausgefüllt haben, senden sie diesen bitte auf postalischem Weg an uns zurück. Sobald uns alle Unterlagen vorliegen und ein möglicher Termin absehbar ist, werden wir uns bei Ihnen telefonisch melden und den Termin für das Erstgespräch vereinbaren. Sollten Sie im weiteren Verlauf dann an diesem Termin verhindert sein, teilen Sie uns dies bitte schnellstmöglich mit, damit wir den Termin anderweitig vergeben und Ihnen eine Alternative anbieten können.

Auch dürfen wir Sie bitten, zum Erstgespräch die folgenden Unterlagen mitzubringen:

- das gelbe Untersuchungsheft
- eine Kopie der letzten 2 verfügbaren Schulzeugnisse
- Kopien vorliegender Vorbefunde oder Voruntersuchungen
- die Versicherungskarte Ihres Kindes/Jugendlichen
- den aktuellen Überweisungsschein von Ihrem Kinder- oder Hausarzt

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen

Dr.med. Michael Einig

An die

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. med. Michael Einig

Dresdener Ring 2

65191 Wiesbaden

**Anmeldung
zur kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung**

Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen: _____

Alter : ____ Jahre

Anmeldung durch: _____

am : _____

Name der Mutter Geburtsdatum

Telefon Mutter Mobil email

Name des Vaters Geburtsdatum

Telefon Vater Mobil email

Sorgeberechtigte: beide Eltern Mutter Vater andere: _____

Bitte beachten Sie, dass bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht der Elternteil, der den Termin nicht wahrnehmen kann auch der Vorstellung und Behandlung seines Kindes/Jugendlichen in unserer Praxis schriftlich zustimmen muss. Bitte füllen Sie hierfür unbedingt die entsprechende „**Einverständniserklärung für Sorgeberechtigte**“ auf **Seite 9** aus, die dann auch beim Erstgespräch im Original vorliegen muss.

Angaben zum Vorstellungsgrund

Schildern Sie bitte das Verhalten bzw. die Entwicklung, die Ihnen aktuell Sorgen bereitet.

Wie lange besteht diese Problematik schon, und wer ist dadurch beeinträchtigt?

Welche Fähigkeit sollte Ihr Sohn/Ihre Tochter noch entwickeln, damit sich die momentane Situation wieder verbessern könnte?

Wer könnte Sie oder Ihren Sohn/Ihre Tochter beim Erlernen dieser Fähigkeit unterstützen?

Beschreiben Sie kurz Ihren Sohn/Ihre Tochter, und was Ihnen am ihm/ihr besonders gut gefällt?

Welche Hilfen wurden von Ihnen bereits eingeleitet? Findet z.B. auch aktuell schon eine medikamentöse Behandlung statt? Wenn ja, seit wann und mit welchem Medikament?

Wir würden Sie Ihren Auftrag an uns formulieren bzw. was erhoffen Sie sich durch die Vorstellung in unserer Praxis?

Weitere Angaben

I. Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name, Vorname des Kindes / Jugendlichen

Geburtsdatum

Geschlecht: m w

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Kindergarten/Schule

Klasse

II. Versicherung:

gesetzlich privat

Versicherungsnehmer : _____

Name der Krankenkasse : _____

III. Leibliche Eltern:

leiblicher Vater:

Name und Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Beruf

leibliche Mutter:

Name und Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Beruf

IV. Geschwister (leibliche, sowie Halb- und Stiefgeschwister)

Name, Vorname	geboren am	Schule/ Beruf
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

V. Lebens- und Wohnsituation des Kindes

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:

- verheiratet zusammen lebend getrennt lebend geschieden verwitwet

Derzeitige Wohnsituation: Bei wem lebt das Kind?

- Eltern Mutter Vater Pflegeeltern Adoptiveltern

- Wohngruppe: _____
(Name/Anschrift der Wohngruppe, zuständiger Betreuer)

VI. weitere Bezugspersonen

a) Stiefvater Adoptivvater Pflegevater Lebensgefährte der Mutter

_____	_____
Name und Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
_____	_____
Telefon	
_____	_____
Beruf	

b) Stiefmutter Adoptivmutter Pflegemutter Lebensgefährtin des Vaters

_____	_____
Name und Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
_____	_____
Telefon	
_____	_____
Beruf	

VII. Zuweisender Arzt bzw. zuweisende Stelle:

Name Fachrichtung

Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefonnummer

VIII. Bereits erfolgte Vorstellungen und Behandlungen

Haben Sie schon Hilfen in Anspruch genommen? (Mehrfachnennung möglich)
Bitte geben Sie jeweils den Zeitraum an, in dem die Hilfe in Anspruch genommen wurde

Name

von-bis

Kinder- und Jugendpsychotherapeut

Kinder- und Jugendpsychiater

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Ergotherapie

Frühförderung

Krankengymnastik

Logopädie

Bitte bringen Sie möglichst von den o. g. Institutionen die wichtigsten Berichte zum Erstgespräch mit.
Ggf. erhalten Sie Kopien von diesen Unterlagen von Ihrem Kinderarzt.

Erziehungsberatungsstelle

Sozialamt

Jugendamt/ASD

schulpsychologischer Dienst

IX. Bereits gestellte Diagnosen

1. _____
2. _____
3. _____

X. Erklärung zu laufenden Behandlungen

Ich/Wir bestätigen, dass sich _____ (Name des Patienten) aktuell (d.h. im laufenden Quartal) nicht in einer Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz (z. B. Vitos), oder auch einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. sozialpsychiatrischen Praxis befindet.

Sofern sich im weiteren Verlauf eine solche Behandlung ergeben sollte, werde ich den Praxisinhaber umgehend darüber informieren.

Datum, Unterschrift

Name des/der Sorgeberechtigten in Druckbuchstaben

Hallo!

zunächst möchte ich mich erst einmal bei Dir vorstellen. Ich heiße Dr. Michael Einig, bin Arzt und arbeite in meiner Praxis mitten in Wiesbaden. Als Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie interessiere ich mich dabei besonders für die Stärken und Wünsche, aber auch die Fragen und Sorgen der mir vorgestellten Kinder und Jugendlichen.

Nun ist bei Deinen Eltern die Idee aufgekommen, dass es hilfreich sein könnte, wenn wir alle zusammen mal ein erstes Kennenlerngespräch in meiner Praxis führen würden. Damit wir nun gemeinsam die nächsten Schritte überlegen können, wäre ich dankbar dafür, wenn Du mir über diese „Infoblatt-APP“ mal ein paar Infos zu Dir und Deinen Wünschen zukommen lassen könntest. Wenn Du möchtest, schreibe einfach in die hierfür vorgesehenen Felder Deine Ideen. Gerne kannst Du auch etwas dort hineinmalen. Und wenn Du fertig bist, gebe das Blatt einfach Deinen Eltern, die es mir dann zuschicken werden.

Auf jeden Fall schon mal vielen Dank!

Beste Grüße Dr. Michael Einig



Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter/mein Mündel

_____ geb.am
(Vor- und Nachname des Kindes) (Geburtsdatum des Kindes)

in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Dr. med. Michael Einig, Dresdener Ring 2,
65191 Wiesbaden vorgestellt und behandelt wird.

**Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die
Zukunft widerrufen kann.**

_____ (Datum, Unterschrift Sorgeberechtigter Vater/Vormund) _____ (Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter/Vormund)

Sorgeberechtigter Vater/Vormund:

_____ Name und Vorname des Unterzeichnenden

_____ Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

_____ Telefon

Sorgeberechtigte Mutter/Vormund:

_____ Name und Vorname der Unterzeichnenden

_____ Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

_____ Telefon