

Anmeldebogen

Sehr geehrte Eltern,

in der Anlage erhalten Sie das Anmeldeformular für eine ambulante Vorstellung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis im MVZ Kempten. Schicken Sie das Anmeldeformular bitte umgehend zurück, damit wir Sie zeitnah zu einer Terminvereinbarung kontaktieren können. Die Erstvorstellung besteht aus insgesamt 3 Terminen: Zuerst mit Eltern und Kind gemeinsam, dann folgt ein Elterntermin (wenn möglich mit beiden Sorgeberechtigten) und zuletzt ein Termin mit Ihrem Kind alleine und im Anschluss direkt daran ein Auswertungsgespräch mit Ihnen und Ihrem Kind.

Bitte haben Sie Verständnis, dass Sie keine Eingangsbestätigung von uns erhalten. Die Termine werden nach Dringlichkeit vergeben.

Bitte bringen Sie zum Vorstellungstermin mit:

- Ausgefüllt und von beiden Erziehungsberechtigten unterschiedlicher Anmeldebogen
- Vorausgefüllte Schweigepflichtsentbindung
- Unterschriebene Datenschutzvereinbarung
- Gültige Krankenversicherungskarte
- Aktueller Überweisungsschein (richtiges Quartal)
- Vorbefunde aus relevanten Krankenhaus- und Facharztbehandlungen (in Kopie)
- alle Berichte von kinder- und jugendpsychiatrischen und/ oder –psychotherapeutischen Behandlungen (in Kopie)
- Kontaktdaten der aktuell behandelnden Therapeuten und ggf. eine Schweigepflichtsentbindung
- Ein aktueller Medikamentenplan incl. rezeptfreier Präparate

Bitte beachten Sie, dass wir primär nur behandeln können, wenn alle Sorgeberechtigten ihr Einverständnis dazu gegeben haben.

Bitte informieren Sie Ihr Kind, warum das Gespräch bei uns erfolgen soll, damit es sich darauf einstellen kann. Für die Termine sollten Sie 1-2 Stunden Zeit einplanen.

Falls Sie den angebotenen Termin nicht wahrnehmen können, bitte wir Sie frühzeitig Bescheid zu geben, damit wir den Termin anderweitig vergeben können und Sie einen alternativen Termin vereinbaren können. Bei Fieber oder anderen Symptomen einer Infektionskrankheit bitte wir Sie den Termin zu verschieben.

Mit freundlichen Grüßen,

Andrea Gonsior

Ersteller:	Funktion und Name des Erstellers	Freizeichner:	Funktion und Name des Freizeichners
formal geprüft:	QM/OE Name des prüfenden MA der Abt. QM/OE	Freigabedatum:	tt.mm.jjjj
Version:	01	Anmeldebogen päd. Psycho. Logo., Ausdruck vom 29.01.2024, Seite 1 von 6	

Anmeldebogen kinder- und jugendpsychiatrische Praxis

Liebe Eltern,

um Ihnen und uns die vorgesehenen Untersuchungen zu erleichtern, bitten wir Sie die nachstehenden Fragen vollständig zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Kontaktaufnahme zur angegebenen Personen oder Institutionen erfolgt nur in Rücksprache mit Ihnen und nachdem Sie uns eine Schweigepflichtsentbindung erteilt haben.

Bei akuten psychiatrischen Notfällen wie z.B. Selbst- oder Fremdgefährdung wenden Sie sich bitte primär an die Kinder- und Jugendpsychiatrie Josefinum Kempten unter 0831 52339-0.

Erst nach Rücksendung des Anmeldebogen kontaktieren wir Sie zur Terminvergabe.

Name und Vorname des Kindes/Jugendlichen
Geburtsdatum
Anschrift
Telefonnummer, wenn abweichend von der der Eltern
Krankenkasse (gesetzlich oder privat) und Versichertennummer
Hauptversicherer, Geburtsdatum
Name und Vorname der Mutter, geb.
Anschrift Mutter, wenn abweichend
Telefonnummer (Festnetz und Handy)
Name und Vorname des Vaters; geb.

--

Anmeldebogen



Anschrift des Vaters, wenn abweichend		
Telefonnummer (Festnetz und Handy)		
Sorgerecht: Eltern	Mutter	Vater
Vormund (ggf. Name und Kontaktdaten)		
Was sind Ihre Sorgen bzw. welches Problem hat Ihr Kind ? Kinder und Jugendlichen können gerne auf einem Extrablatt ihre eigenen Anliegen formulieren.		
Seit wann bestehen sie ?		

Anmeldebogen



Welche Behandlungsansätze wurden schon versucht ? ambulant/stationär?

Gibt es behandelnde Kinder . und Jugendpsychiater*in und/oder. Psychotherapeut*in (Name, Tel. Nummer, Faxnummer)

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente (Dauer- und Bedarfsmedikation)

Behandelnder Kinder- und/oder Hausarzt (Name, Tel. Nummer, Faxnummer)

Ersteller:	Funktion und Name des Erstellers	Freizeichner:	Funktion und Name des Freizeichners
formal geprüft:	QM/OE Name des prüfenden MA der Abt. QM/OE	Freigabedatum:	tt.mm.jjjj
Version:	01	Anmeldebogen päd. Psycho. Logo., Ausdruck vom 29.01.2024, Seite 4 von 6	

Anmeldebogen



Haben Sie Unterstützung durch eine Familienberatungsstelle, Jugendhilfe, Jugendamt, Schulsozialarbeiter o.ä.? (Institution; Ansprechpartner; Telefonnummer)

Welche Schule und Klasse besucht Ihr Kind bzw. welche Ausbildung macht es und wo ?

Gibt es Probleme in der Schule ?

Besonderheiten in der Vorgeschichte bzw. Entwicklung (Schwangerschaft; Geburt; Säuglings- und Kleinkindalter; erlernen sprechen, laufen, Sauberkeitsentwicklung, Schulalter,...)

Ersteller:	Funktion und Name des Erstellers	Freizeichner:	Funktion und Name des Freizeichners
formal geprüft:	QM/OE Name des prüfenden MA der Abt. QM/OE	Freigabedatum:	tt.mm.jjjj
Version:	01	Anmeldebogen päd. Psycho. Logo., Ausdruck vom 29.01.2024, Seite 5 von 6	

Einverständnis zur Diagnostik, Beratung und Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis des MVZ Klinikum Kempten

Mit der nachfolgenden Unterschrift erkläre ich, dass ich als Sorgeberechtigte/r (gesetzliche Vertretung des Kindes) mit der Vorstellung, Diagnostik, Beratung und Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis im MVZ Klinikum Kempten einverstanden bin.

Ort; Datum	Unterschrift gesetzl. Vertretung
Ort; Datum	Unterschrift gesetzl. Vertretung

Grundsätzlich ist es bei gemeinsamen Sorgerecht notwendig, dass beide Eltern (Sorgeberechtigte Seite 5 von 5) unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert der/die Unterzeichnete zugleich, dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen (bzw. weiteren gesetzlichen Vertreter) handelt bzw. dass er/sie das alleinige Sorgerecht hat.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit,
Ihre Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis im MVZ Klinikum Kempten