

# 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. Erst nach Rücksendung des Anmeldebogen kontaktieren wir Sie zur Terminvergabe.

Name und Vorname des Kindes/Jugendlichen
Geburtsdatum und Alter
Anschrift
Telefonnummer/Emailadresse: (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), Emailadresse
Name und Vorname des Vaters; geb.
Anschrift des Vaters, wenn abweichend
Telefonnummer (Festnetz und Handy), Emailadresse
Sorgerecht: beide Eltern <span style="margin-left: 150px;">Mutter</span> <span style="margin-left: 150px;">Vater</span>
Vormund (ggf. Name und Kontaktdaten)

**Anmeldung für ein** (bitte ankreuzen):

- Vorgespräch für eine **stationäre Behandlung**  
auf der pädiatrischen Psychosomatik der Kinderklinik Kempten (ab 12 Jahre)
  
- Überbrückungstermine nach der Entlassung** aus der pädiatrischen  
Psychosomatik der Kinderklinik Kempten bis zur Aufnahme der ambulanten  
Psychotherapie

Entlassung geplant für / erfolgt am:

- V.a. eine **chronische Schmerzerkrankung**
  
- Medikamentöse Mitbehandlung** auf Empfehlung eines\*er ambulanten Kinder-  
und Jugendpsychotherapeuten\*in

Name des/der Therapeuten\*in:

- Kinder- und Jugendpsychiatrische **Diagnostik auf Empfehlung** des
  - Ambulanten Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*in
  - Kinderarztes, -ärztin / Hausarztes, -ärztin
  - Schule
  - Jugendamt
  -
  
- Allgemeine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik

**Bei akuten Krisen oder psychiatrischen Notfällen wenden Sie sich bitte an der  
Kinder- und Jugendpsychiatrie Josefinum Kempten unter 0831 52339-0**

**Anmeldebogen**  
**kinder- und jugendpsychiatrische Praxis**



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**  
**kinder- und jugendpsychiatrische Praxis**



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)

**Anmeldebogen**  
**kinder- und jugendpsychiatrische Praxis**



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,...)

**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.

Mit der nachfolgenden Unterschrift **verpflichte ich mich, dass Termine mindestens ein Werktag zuvor (8-12:00 Uhr des Vortages) abgesagt werden.** Sollte die Terminabsage kurzfristiger erfolgen oder versäumt werden, wird pro Termin eine Ausfallentschädigung von bis zu **50€ in Rechnung** gestellt.

**Patient/in:**

Name; Vorname / geb.:

<b>Ort; Datum</b>	<b>gesetzl. Vertretung:</b> Name in Druckschrift	Unterschrift
<b>Ort; Datum</b>	<b>gesetzl. Vertretung:</b> Name in Druckschrift	Unterschrift

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.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit,

**Andrea Gonsior**

Fachärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie  
Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin  
Spezielle Schmerztherapie