



Wer füllt aus?

## Anmeldung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung

Name des Kindes/Jugendlicher/n		geb.		
Adresse des Kindes: (Straße Nr., PLZ Ort)				
Bei wem lebt das Kind (leiblichen Eltern, Pflege- o. Adoptiveltern, getrennt lebende Eltern)				
<b>leibliche Mutter</b>				
Name	Geb.Datum	Berufsausbildung/jetzig Tätigkeit	Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>
<b>leiblicher Vater</b>				
Name	Geb.Datum	Berufsausbildung/jetzig Tätigkeit	Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>
Die Eltern sind <input type="checkbox"/> verheiratet, <input type="checkbox"/> getrennt seit _____, <input type="checkbox"/> geschieden seit _____, <input type="checkbox"/> leben zusammen seit _____				
Wenn nicht bei den leiblichen Eltern, wer sind die derzeitigen Bezugspersonen?				
Name	Geb.Datum	Berufsausbildung/jetzig Tätigkeit	Vollzeit <input type="checkbox"/>	
Name	Geb.Datum	Berufsausbildung/jetzig Tätigkeit	Vollzeit <input type="checkbox"/>	
Telefon: Festnetz: _____ Handy: _____ e-mail: _____				
Wer hat das Sorgerecht? Ggf. abweichende Adresse				
Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?				
Bei Familienversicherung, wer ist der Hauptversicherte? (Name, Geb.Datum)				
Bitte bestätigen Sie uns, dass wir zu Ihnen Kontakt aufnehmen dürfen per Brief, SMS, E-Mail und Telefon: <input type="checkbox"/> ja, auf jede Art <input type="checkbox"/> <b>die Datenschutzinformationen habe ich gelesen und bin damit einverstanden</b>				
(Name/ Unterschrift) :				
Kinderarzt, Hausarzt, Adresse, Telefonnummer:				
Welche Schule und Klassestufe, welche KiTa besucht Ihr Kind?				
Schildern Sie uns bitte Ihre Sorgen und Probleme, den Auslöser der Anmeldung. Was formuliert Ihr Kind an Sorgen und Problemen?				
Seit wann bestehen die Probleme, wann wurden Sie darauf aufmerksam?				
Wer hat Ihnen geraten, sich an uns zu wenden?				