

# ANAMNESEBOGEN

Anmeldung zum Ersttermin



PRAXIS FÜR KINDER- UND  
JUGENDPSYCHIATRIE  
UND -PSYCHOTHERAPIE  
DR. SUSANNE GERBER

## PERSÖNLICHE DATEN IHRES KINDES

|                                     |                                                                     |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Name und Vorname                    | <input type="text"/>                                                |
| Geboren am                          | <input type="text"/>                                                |
| Geschlecht                          | <input type="text"/>                                                |
| Staatsangehörigkeit                 | <input type="text"/>                                                |
| Konfession                          | <input type="text"/>                                                |
| Anschrift                           | <input type="text"/>                                                |
| Festnetznummer                      | <input type="text"/>                                                |
| Mobiltelefon<br>(ggf. des Kindes)   | <input type="text"/>                                                |
| E-Mail-Adresse<br>(ggf. des Kindes) | <input type="text"/>                                                |
| Krankenkasse                        | <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat |
| Name der Krankenkasse               | <input type="text"/>                                                |
| Versicherten-Nr.                    | <input type="text"/>                                                |

## ELTERN/ SORGEBERECHTIGTE

|                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| Name und Vorname der Mutter | <input type="text"/> |
| Geboren am                  | <input type="text"/> |
| Anschrift                   | <input type="text"/> |
| Telefon/ E-Mail             | <input type="text"/> |
| Beruf                       | <input type="text"/> |

Name und Vorname des Vaters

Geboren am

Anschrift

Telefon/ E-Mail

Beruf

Sorgerecht

☐

Eltern

☐

Mutter allein

☐

Vater allein

☐

Vormund

Familiensituation

☐

zusammenlebend

☐

getrennt lebend

Folgende Telefonnummer soll für Terminvereinbarungen bevorzugt verwendet werden:

## HAUS- ODER KINDERARZT

Name

Anschrift & Kontakt

Gibt es körperliche Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?

Erhält Ihr Kind Medikamente? Welche und seit wann?

Bestehen Allergien? Wenn ja, welche?

## VORSTELLUNGSGRUND UND BISHERIGER VERLAUF

Wer veranlasst die Vorstellung bei uns? Sie als Eltern oder ein Arzt bzw. eine Einrichtung?

Schildern Sie bitte die aktuellen Beschwerden. Seit wann bestehen diese?

Wird Ihr Kind derzeit psychotherapeutisch behandelt? Wenn ja, bei wem und seit wann?

Wurden in der Vergangenheit bereits Untersuchungen oder Beratungsgespräche durchgeführt (bspw. Arzt, Klinikambulanz, Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, schulpsychologischer Dienst)?

Wenn ja, wann erfolgte dies und gibt es schriftliche Befunde?

Gibt es schon Klinikaufenthalte? Wenn ja, wann und wo?

## LEBENSSITUATION IHRES KINDES

Welchen Kindergarten bzw. welche Schule besucht Ihr Kind?

Welche besonderen Interessen oder Hobbies hat Ihr Kind?

Gibt es Geschwister? Bitte nennen Sie uns Name und Alter.

Welche wichtigen Bezugspersonen gibt es außerhalb der Familie?

## SONSTIGES

Gibt es sonst etwas, was Ihnen wichtig erscheint?

Wer hat den Anmeldebogen ausgefüllt?

# SORGEBERECHTIGTE

Einwilligungserklärung



PRAXIS FÜR KINDER- UND  
JUGENDPSYCHIATRIE  
UND -PSYCHOTHERAPIE  
DR. SUSANNE GERBER

Wir weisen darauf hin, dass bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern bei Vorliegen eines gemeinsamen Sorgerechts unbedingt die schriftliche Einverständniserklärung beider Elternteile zur Diagnostik und Behandlung in unserer Praxis notwendig ist.

Falls es einen gesetzlichen Vertreter gibt (Vormund, Ergänzungspfleger oder gesetzlicher Betreuer), muss die Unterschrift dieses Vertreters vorliegen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihr Kind Termine zur Durchführung der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung in unserer Praxis erhält.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name/Vorname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

### Bitte Zutreffendes ankreuzen

☐ Wir haben das gemeinsame Sorgerecht

☐ Das alleinige Sorgerecht hat

☐ Es gibt einen gesetzl. Vertreter

Ich bin/wir sind mit der fachärztlichen Untersuchung und Behandlung in der Praxis Dr. Gerber einverstanden.

X \_\_\_\_\_  
(Datum, handschriftliche Unterschrift Mutter)

X \_\_\_\_\_  
(Datum, handschriftliche Unterschrift Vater)

X \_\_\_\_\_  
(Datum, handschriftliche Unterschrift gesetzl. Vertreter)

Liebe Eltern,

wir möchten Sie bitten, den Anmeldebogen möglichst vollständig auszufüllen und uns per **Post** zuzusenden.

Wir werden uns sobald als möglich mit Ihnen in Verbindung setzen, um einen Ersttermin zu planen.

Bitte beachten Sie, dass unsere Praxis als Bestellpraxis geführt wird. Termine werden ausdrücklich für Sie und Ihr Kind freigehalten. Dadurch entfallen für Sie längere Wartezeiten. Sie werden gebeten, die Termine einzuhalten oder rechtzeitig, d.h. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von unserem Praxisteam vertraulich behandelt.

Bitte bringen Sie zum Ersttermin folgende Unterlagen mit:

- Gelbes Untersuchungsheft
- Sämtliche Schulzeugnisse in Kopie
- Falls vorhanden Testunterlagen oder Arztbriefe in Kopie
- Versichertenkarte Ihres Kindes

Wir freuen uns auf Ihr Kind und Sie!

Ihr Team der



**PRAXIS FÜR KINDER- UND  
JUGENDPSYCHIATRIE  
UND -PSYCHOTHERAPIE**  
DR. SUSANNE GERBER