



**Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**

Retzstadter Str. 16 | 97222 Gramschatz |

Dr. med. Michaela Wagner

kjp-gramschatz@web.de

Tel. 09363-995420 | Fax 09363-995546 |

Anmelde- und Auskunftsbogen

Name/Vorname: **Datum:**

Geburtsdatum: **Geburtsort:**

Telefon: **Handy:**

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort: **E-mail Adresse:**

Hauptversicherter: Name/Vorname:

Adresse: ☐ wie oben

Sorgeberechtigte: ☐ beide Eltern ☐ nur Vater ☐ nur Mutter ☐ Vormund/Jugendamt

Kind wohnt bei:

Besonderheiten (Eltern getrennt, neuer Lebenspartner, Adoptivkind, Pflegefamilie)

.....

Jugendamt Kontaktperson

☐ leibliche Geschwister ☐ Halbgeschwister

.....

Anliegen/Vorstellungsgrund:

.....

.....

.....

Name Vater:

Anschrift: ☐ wie Seite 1

Telefon/Handy:Geburtsdatum:

Beruf:☐ Teilzeit ☐ Vollzeit ☐ Schicht

Psychiatrische oder körperliche Erkrankungen in der Familie

mütterlicher-väterlicherseits:
.....

Name Mutter:

Anschrift: ☐ wie Seite 1

Telefon/Handy:Geburtsdatum:

Beruf:☐ Teilzeit ☐ Vollzeit ☐ Schicht

Psychiatrische oder körperliche Erkrankungen in der Familie

mütterlicher-väterlicherseits:
.....

Schwangerschaft (Stress, Alkohol, Rauchen, Komplikationen, Geburtstermin, Besonderheiten, Geburtsverlauf):.....
.....

Geburt: GewichtGröße Kopfumfang.....Verlauf

Erstes Lebensjahr: Probleme (Schreien, Füttern, Schlafen, Klinikaufenthalt, Unfälle)

ja welche,

Laufen: Monate, Sprache:Monate, Sauberkeit ab

Allergien:

Belastende Ereignisse seit der Geburt des Kindes/Jugendlichen (z.B: Scheidung, Erkrankung,

Erlebnisse
etc.):

Kindergarten von-bis?..... Besonderheiten (Trennungsangst, Konflikte,Unruhe).....

Schule welche?..... **Besonderheiten** (Klassenwiederholung, Umschulung, Nachhilfe)

Aktuelle Noten in: DeutschMathematik Englisch.....Sonstige

Medienkonsum in Stunden pro Tag: (Fernsehen ____ Std./Tag, Smartphone ____ Std./Tag , I

Internet ____ Std./Tag , Spielkonsole ____ Std./Tag)

Suchtmittel (Alkohol, Zigaretten, Drogen)

Förderung: (Krankengymnastik, Ergotherapie, Frühförderung, Erziehungsberatung)

.....

.....

Vorbehandlung: (Psychotherapie, Elterntraining, Medikation)

.....

Verhalten: (auffallende Ängstlichkeit , Unsicherheit ,mangelndes Selbstwertgefühl,
Niedergeschlagenheit)

.....

.....

.....

Freundschaften:

.....

„Zwanghaftes“ (immer wiederkehrendes) Verhalten (z.B. Ordnen, Händewaschen) ☐ nein ☐ ja

„Tic-ähnliches“ Verhalten (z.B. Zuckungen im Gesicht / mit Körperteilen, Räuspern, Laute)

☐ nein ☐ ja

Wichtige Infos bitte noch hier ergänzen:

.....

.....

Bereits laufende sozial-psychiatrische Behandlung:

Hiermit erkläre ich, dass bei meinem Kind,geb. **keine** bereits laufende sozial-psychiatrische Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder anderen sozial-psychiatrischen Einrichtungen besteht.

.....,den
(Unterschrift Erziehungsberechtigter / Patient ab 18 Jahren)

Einverständniserklärung *ACHTUNG hier alle Erziehungsberechtigte unterschreiben:*

Hiermit erkläre(n) ich (wir) mich (uns) mit der Behandlung meines/unseres Kindes

.....geb.: in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von Frau Dr. med. Michaela Wagner einverstanden.

....., den
(Unterschrift Mutter) / (Unterschrift Vater)

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V Praxis Fr. Dr. Wagner, Retzstadterstr. 16, 97222 Gramschatz

Wer soll einen Bericht bekommen? _____

Schweigepflichtsentbindung: Der behandelnde Arzt bei unten aufgeführten Ärzten, Kliniken oder anderen Leistungserbringern die für die Behandlung meines Kindes erforderlichen Behandlungsdaten und vorliegende Befunde anfordert und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Die Patienteninformation zum **Datenschutz** wurde mir vorgelegt bzw. habe ich auf der Homepage gelesen und zur Kenntnis genommen:

Datum: _____

Unterschrift _____