

Anmeldebogen



Dr. med. Tobias J. Schmidt-Degenhard
Praxis für Kinder- & Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Name des Kindes/

Jugendlichen:

Geb. am:
Staatsangehörigkeit:
Wohnadresse:
Telefon:
Mobil:
Krankenkasse:
Mitversichert bei:
Kinder- oder Hausarzt:
Aktuelle Schule:
Klasse:
Nachmittagsbetreuung: ja nein
Ganztagsschule: ja nein

Name der Mutter:

Sorgeberechtigt: ja nein
Geb. am:
Staatsangehörigkeit:
Schulabschluss:
Ausbildung:
Aktuell ausgeübter Beruf:
Wohnadresse:
Telefon:
Mobil:
E-Mail:

Name der Vaters:

Sorgeberechtigt: ja nein
Geb. am:
Staatsangehörigkeit:
Schulabschluss:
Ausbildung:
Aktuell ausgeübter Beruf:
Wohnadresse:
Telefon:
Mobil:
E-Mail:

Eltern leben: zusammen getrennt

Sonstige Bezugspersonen:

Stiefmutter/Stiefvater:
Pflegermutter/-vater:
Lebenspartner der Mutter:
Lebenspartner des Vaters:

Kind lebt bei: Eltern Mutter Vater
andere

Fragen zum Vorstellungsgrund und zur aktuellen Situation:

Die Vorstellung erfolgt auf Empfehlung von:

.....

Welche Probleme/Schwierigkeiten hat Ihr Kind:

.....

Seit wann bestehen diese Probleme?

.....

Wo sind diese Probleme am stärksten ausgeprägt?

.....

Gibt es Lebensbereiche in denen diese Probleme nicht auftreten?

.....

Waren Sie aufgrund der Probleme schon Behandlung?

nein

ja: stationär ambulant Von: Bis:

Erhält Ihr Kind aktuell Medikamente?

nein

ja:

Besucht Ihr Kind zur Zeit eine Therapie?

nein

ja:

Was sehen Sie positiv an Ihrem Kind?

.....

Vielen Dank für Ihre Auskunft! O.g. Angaben fallen selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.