gemeinschaftspraxis für kinder- und jugendpsychiatrie

dr. med. susanne pain
dr. med. christopher mattick

tengstr.9
80798 münchen
Telefon: 089 5505464-0
Fax: 089 5505464-29
www.kjp-münchen-schwabing.de

Versanddatum: Eingangsdatum:

Anmeldung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung und Behandlung

Liebe Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

Sie wünschen einen ambulanten Termin für Ihr Kind/ Ihren Jugendlichen in unserer Praxis.

Wir bitten Sie, uns in der Terminvergebung zu unterstützen, indem Sie bereits vorweg einige Angaben machen und die nachstehenden Fragen möglichst vollständig beantworten.
Bitte senden Sie den Anmeldebogen per Post (**Dres. Pain und Mattick, Tengstr.9, 80798 München**) oder Fax (**089/ 550546429**) an uns zurück.
Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich von unserem Praxisteam behandelt.

Vorname und Name des Kindes/Jugendlichen:

_____

geb. am_____ Alter_____

Name und telefonische Erreichbarkeit Sorgeberechtigte (Mutter/ Vater/ bzw. Vormund)
Bitte beachten Sie, dass wir für die Vergabe eines Ersttermins immer auch eine Telefonnummer benötigen.

Telefonnummer der Mutter: _____

Telefonnummer des Vaters: _____

Telefonnummer eines anderen Sorgeberechtigten:_____

Anschrift des Kindes/Jugendlichen:_____

_____

Krankenkasse:_____

angemeldet von:_____

#

Vorname und Name der Mutter: _____geb. am:_____

Anschrift: _____ Beruf: _____

Vorname und Name des Vaters: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____ Beruf: _____

Warum soll Ihr Kind bei uns untersucht werden?
Welche Probleme bestehen in Familie, Schule, Freizeit?

_____

_____

_____

_____

Seit wann bestehen die Schwierigkeiten?

_____

Waren Sie deshalb bereits in ärztlicher oder psychologischer/ psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja: wo und wann? Ist Ihr Kind/ Jugendlicher aktuell in Sozialpsychiatrischer Behandlung in einer
Kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder in einer Institutsambulanz?

_____

_____

Erfolgte bereits eine Testung: Wenn ja: wo und wann?

_____

Besucht/e das Kind einen Kindergarten, eine Tagesstätte oder SVE? (Name)

_____

Welche Schule und welche Klasse besucht Ihr Kind/ Jugendlicher?

_____

Waren Sie in einer Erziehungsberatungsstelle? Wenn ja, in welcher und wann?

_____

Erhalten Sie Hilfe zur Erziehung? Besucht Ihr Kind/ Jugendlicher eine HPT oder lebt in einer Heimeinrichtung? Wenn ja, in welcher und seit wann?_____

_____

_____

Frühere Krankheiten (auch Kinderkrankheiten, Unfälle usw.; frühere oder laufende ärztliche, psychologische, sozialpädagogische Untersuchungen):

_____

_____

#

In welchen Krankenhäusern wurde Ihr Kind/ Jugendlicher ambulant oder stationär vorgestellt oder behandelt?
Wann? Warum?_____

_____

_____

Wurden Ihrem Kind/ Jugendlichen Medikamente verordnet?
Wenn ja, welche und seit wann? Bitte aktuelle Dosierung der Medikation angeben.

_____

_____

Was erscheint Ihnen außerdem wichtig, uns schon vor dem Termin in unserer Praxis mitzuteilen?

_____

_____

_____

……..	……	……
Ort	Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Vielen Dank!

#