

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](http://www.kjp-münchen-schwabing.de)  
Email: info@kjp-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 Terminvergabe 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 eine Telefonnummer und - wenn vorhanden - auch eine E-Mail Adresse benötigen.

Telefonnummer der Mutter: \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Vaters: \_\_\_\_\_

Email-Adresse (Sorgeberechtigte): \_\_\_\_\_

Telefonnummer eines anderen Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Anschrift des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

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 Behandlung in einer anderen 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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Anmeldung erfolgt durch: \_\_\_\_\_

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der/s Sorgeberechtigten /  
gesetzlichen Vertreter/in

Vielen Dank!