

Kind / Jugendlicher:

Name: geb. am:

in: Staatsangehörigkeit: Konfession:

Sorgerecht bei: Mutter Vater Beide

Adresse: PLZ:

Telefon: E-Mail:

Schulart und Klasse:

Krankenkasse: Mit wem versichert:

Geschwister :

Kinder- oder Hausarzt:

Mit der Übermittlung des Berichtes an den zuweisenden Kinder- oder Hausarzt bin ich einverstanden:
 JA NEIN

Leibliche Mutter:

Name:

geb.am:

Staatsangehörigkeit/
Konfession:

Adresse:

.....

Telefon:

Beruf:

Schulabschluss:

Leiblicher Vater

Name:

geb. am:

Staatsangehörigkeit/
Konfession:

Adresse:

.....

Telefon:

Beruf:

Schulabschluss:

Stief-/Adoptiv-/Pflege-Mutter

Name:

geb.am:

Staatsangehörigkeit/
Konfession:

Adresse:

.....

Telefon:

Beruf:

Schulabschluss:

Stief-/Adoptiv-/Pflege-Vater

Name:

geb. am:

Staatsangehörigkeit/
Konfession:

Adresse:

.....

Telefon:

Beruf:

Schulabschluss:

Anmeldung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung

Kind / Jugendlicher:

Name: geb. am:

Die Vorstellung wurde angeregt durch:

Wurde mit dem Kind/Jugendlichen wegen der jetzigen oder anderer Probleme schon einmal eine andere Stelle aufgesucht (Erziehungsberatung, Arzt, Heilpraktiker, psychologische Praxis, Klinik, o.ä.) ?

Wenn ja:

Wann:

Wo:

Weswegen:

Ist Ihr Kind aktuell noch in Behandlung?

Wenn ja:

Wo:

Weswegen:

Schildern Sie bitte **kurz** die aktuellen **Sorgen bzw. Probleme**, in welchen Bereichen und seit wann sie bestehen:

Schule:

Kindergarten:

Familie:

Sonstige:

Datenschutz:

Die Daten, die Sie uns zusenden, geben wir nicht an Dritte weiter und verwenden wir nur für den vorgesehenen Zweck und werden entsprechend den jeweils geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes, des Teledienst Datenschutzes und des Telekommunikationsgesetzes zum Schutz personenbezogener Daten genutzt. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb unserer Praxis findet nicht statt.

Ja, ich habe den **Datenschutzhinweis** gelesen und akzeptiere diesen hiermit.

Ich erkläre mich mit der Untersuchung und Behandlung in der Sozialpsychiatrischen Praxis für Kinder und Jugendliche Klenner.Slomka einverstanden.

Datum: Unterschrift (Sorgeberechtigter):