
Anmeldung zum Ersttermin

Datum: _____

Name: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Bei welcher Krankenkasse versichert? _____

Mit: ☐ Vater ☐ Mutter Geburtsdatum: _____ ☐ sonstige: _____

Wer hat das Sorgerecht? ☐ beide Eltern: ☐ zusammen-/ ☐ getrennt lebend (Einwilligung beider Eltern notwendig)
☐ Mutter ☐ Vater ☐ sonstige: _____ (Sorgerechtsnachweis)

Schule / Kindergarten: _____ Klasse: _____

Ist Ihr Kind in einer Nachmittagsbetreuung oder einer Jugendhilfemaßnahme?

- ☐ Ja: _____
- ☐ Nein

Welche Problematik liegt vor? Was ist Ihr Abklärungswunsch?

Seit wann besteht das Problem? _____

Von wem sind Sie zu uns geschickt worden? _____

Waren Sie schon einmal in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung? Wenn ja, wann und wo?

Gibt es andere Vorbefunde?

- ☐ Ja von _____
- ☐ Nein

Liegt eine akute Gefährdung vor? Wenn ja welche?

Was erscheint Ihnen außerdem wichtig uns vor dem ersten Termin mitzuteilen?

Regensburg, den _____

(Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrieben von:

- ☐ Vater
- ☐ Mutter
- ☐ Vormund
- ☐ Sonstiges: _____

Bitte bringen Sie zum Ersttermin folgende Unterlagen mit:

- Versichertenkarte
- Gelbes Untersuchungsheft mit Impfbuch
- Vorbefunde (z.B. Ärzte/Kliniken/Logopädie/Ergotherapie)
- Zeugniskopien
- Schulhefte
- Einwilligung aller Sorgeberechtigten in die kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung
- Sorgerechtsnachweis bei Alleinerziehenden