

Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen vollständig aus.

Bringen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen sowie die Krankenkassenkarte des Kindes in unsere Praxis.

Bitte beachten Sie, dass die Annahme des Anmeldebogens durch uns KEINE verbindliche Zusage für eine Diagnostik / Behandlung ist. Frau Dr. Köchling wird Ihre Anfrage prüfen.

Wenn unser Diagnostik- und Behandlungsangebot für Ihr Anliegen passend ist und wir (bei Behandlungsanfragen) freie Kapazitäten haben, erfolgt eine Terminvergabe zur Erstvorstellung durch uns.

Name des Kindes / Jugendlichen

geboren am

Datum der Anmeldung

Geschlecht

Anschrift

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Krankenkasse

E-Mail *

Kinder- / Hausarzt

Findet gegenwärtig (in diesem Quartal) eine Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer (kinder- und jugend-) psychiatrischen Institutsambulanz (KJ-PIA) oder bei einer/einem anderen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater/in statt?

☐

Ja

☐

Nein

Haben sie mit Ihrem Kind wegen der Probleme schon andere Hilfen in Anspruch genommen?
(Psychotherapie, Jugendamt, Erziehungsberatung etc)

☐

Ja

☐

Nein

Schildern Sie bitte kurz die Probleme, die zur Vorstellung bei uns führen und wie sie sich entwickelt haben:

* Einverständnis mit der Korrespondenz über das Internet

Die Möglichkeit einer Kommunikation zwischen dem Praxisteam und den Sorgeberechtigten/Angehörigen bzw. den Kindern und Jugendlichen über das Internet erleichtert einen gegenseitigen Austausch. Im Hinblick auf Datenschutz kann aber keine absolute Sicherheit gewährleistet werden. Als sorgeberechtigte Person/en des o.g. Kindes bzw. des Jugendlichen bin ich/sind wir mit dem Austausch von Informationen über das Internet (E-Mail)

☐

Einverstanden

Mutter: Ort, Datum, Unterschrift

Vater: Ort, Datum, Unterschrift