



## Anmeldung zur fachärztlichen Untersuchung

Sehr geehrte Eltern,

anbei finden Sie den Anmeldebogen zur Vorbereitung auf das erste Gespräch in unserer Praxis. Die Erstvorstellung erfordert einige Zeit, die wir uns natürlich gerne nehmen. Wir bitten deshalb um Verständnis, dass wir auch unsere Honorarausfallvereinbarung beilegen, die Sie bitte ebenfalls unterzeichnet mit dem Fragebogen möglichst bald an uns zurücksenden. Erst dann können wir eine Terminplanung vornehmen und uns so schnell als möglich bei Ihnen melden.

Wenn beide Eltern das Sorgerecht haben, ist es wichtig, dass auch beide Eltern unterschreiben!

Bitte senden Sie uns den Bogen rasch ausgefüllt zurück. Die Terminvergabe richtet sich nach Eingang des Anmeldebogens und der Dringlichkeit des Falles. Zum Erstvorstellungstermin mitzubringen oder der Anmeldung in Kopie bereits beizufügen sind Mutterpass, Vorsorgeuntersuchungsheft, alle Schulzeugnisse sowie medizinische und psychologische Vorbefunde.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam



## Schweigepflichtsentbindung

Der /die Unterzeichnende erklärt sich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Grünwald für Kinder und Jugendliche, Südliche Münchner Str. 2a, 82031 Grünwald, Informationen über

---

Name, Vorname des /der Patienten

Geb. Datum

---

Adresse

von folgenden Stellen anfordert bzw. Kontakt aufnimmt zu

|            |                                     |              |                                     |
|------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| Kinderarzt | <input checked="" type="checkbox"/> | Kindergarten | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Schule     | <input checked="" type="checkbox"/> | ASD          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Jugendamt  | <input checked="" type="checkbox"/> | Therapeuten  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| _____      | <input checked="" type="checkbox"/> | _____        | <input checked="" type="checkbox"/> |

Der / die Unterzeichnende entbindet die Mitarbeiter der genannten Stellen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Grünwald für Kinder und Jugendliche. Genauso werden die Mitarbeiter der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Grünwald für Kinder und Jugendliche von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber den Mitgliedern in der Praxis sowie den angegebenen Stellen entbunden.

---

Name / Vorname            der / des Unterzeichnenden



## Einverständniserklärung

Wer hat das Sorgerecht:

Beide Eltern  Mutter  Vater  Andere

Bei wem lebt das Kind:

Beide Eltern  Mutter  Vater  Andere

Als Inhaber der elterlichen Sorge für

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

bin ich damit einverstanden, dass Unterlagen (Akte, Berichte, Untersuchungsergebnisse) von

Kinderarzt/ Hausarzt

andere:

von der Praxis Psychiatrie und Psychotherapie Grünwald für Kinder und Jugendliche angefordert werden können. Mit ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden. Mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung und Behandlung bin ich einverstanden.

Im Rahmen der Behandlung / Diagnostizierung können auch Fotos oder Videoaufnahmen vom o. g. Kind in der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Grünwald für Kinder und Jugendliche zur alleinigen Verwendung in der Praxis erstellt werden. Damit bin ich ausdrücklich einverstanden.  **JA** ausdrücklich einverstanden.  **JA**

---

Datum                      Unterschrift der Sorgeberechtigten

(Sollten beide Eltern das Sorgerecht haben, müssen auch beide Eltern unterschreiben!)



# Anamnesefragebogen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

## **Mutter:**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

## **Vater:**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_



Mobil-Vater:

Mobil-Mutter:

Krankenkasse des Kindes: \_\_\_\_\_

Bei wem ist das Kind mitversichert?

Mutter

Vater

selbst

Name des Mitversicherten: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

## 1. Vorstellungsanlass

Vorstellungsanlass und aktuelle Symptomatik, Grund der aktuellen fachärztlichen Untersuchung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Sorgen und Probleme Ihres Kindes möchten Sie geklärt haben?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen diese Störungen? \_\_\_\_\_



Welche Hilfen erwarten Sie? Auf wessen Empfehlung hin haben Sie sich bei uns angemeldet?

---

---

---

## 2. Sorgerecht

Wer hat das Sorgerecht:

Beide Eltern  Mutter  Vater  Andere

Bei wem lebt das Kind:

Beide Eltern  Mutter  Vater  Andere

---

Datum                      Unterschrift der Sorgeberechtigten

(Sollten beide Eltern das Sorgerecht haben, müssen auch beide Eltern unterschreiben!)