



Gemeinschaftspraxis für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie

Dr. med Ulrike Berlin  
Dr. med. Eva Marie Nonn

---

Dres. Berlin und Nonn, Wilhelmshöher Allee 122, 34119 Kassel

---

Wilhelmshöher Allee 122

34119 Kassel  
Tel: 0561/576 321  
Fax: 0561/921 93 20

---

## Anmeldebogen

Sehr geehrte Familien,

### bitte beachten Sie folgende Hinweise:

1. Für eine Terminvergabe benötigen wir im Voraus noch einige persönliche Angaben von Ihnen und bitten Sie deshalb, die Fragen zu beantworten und den Bogen ausgefüllt an uns zurückzusenden. Selbstverständlich behandeln wir diese Daten und Informationen im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich.
2. Nach Auswertung dieses Anmeldebogens setzen wir uns zur Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung.
3. Die Erstvorstellungstermine mit Ihnen und Ihrem Kind / Jugendlichen finden ausschließlich am Vormittag statt. Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin die Versichertenkarte Ihres Kindes / Jugendlichen sowie vorhandene Vorbefunde und das gelbe Vorsorgeheft mit.  
Bitte informieren Sie uns rechtzeitig (mind. 1 Woche vorher), falls Sie zum Termin verhindert sind.
4. Bitte kommen Sie 15 Minuten vor Ihrem Termin an o.g. Adresse!  
Bitte beachten Sie, dass keine hauseigenen Parkplätze zur Verfügung stehen und die Praxis sich in einem Wohngebiet befindet. Wir empfehlen die Nutzung des ÖPNVs, eine Haltestelle befindet sich in unmittelbarer Nähe (Haltestelle Kirchweg).
5. Wir sind darauf angewiesen, dass wir uns umfassend mit Ihnen sprachlich (Deutsch) verständigen können. Um dies zu gewährleisten, bitten wir Sie eine dolmetschende Person mitzubringen (NICHT die Patientin / der Patient).

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Berlin      Dr. Nonn      Chr. Reuter      M. Frank      M. Koch      A. Schulz



Gemeinschaftspraxis für  
**Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie**

## Anmeldebogen

### Patient:in:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Wohnhaft bei:  Mutter  Vater  Sonstige \_\_\_\_\_

Sorgerecht liegt bei:  Mutter  Vater  beide  Sonstige \_\_\_\_\_

Familienstand der Eltern:  zusammenlebend  getrennt lebend

Hinweis: bei getrenntlebenden Eltern, bitte Einverständniserklärung des anderen sorgeberechtigten Elternteils mitbringen.

Kinderarzt / -ärztin / Hausarzt / -ärztin: \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

### Elternteil 1:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Festnetz \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### Elternteil 2:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Festnetz \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### Sonstige (z.B. Pflegeeltern, Institutionen etc.):

Name, Vorname / Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Festnetz \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## Vorstellungsgrund:

Wir bitten Sie, die Fragen möglichst vollständig zu beantworten, damit wir die Schwierigkeiten Ihres Kindes bestmöglich einschätzen können.

### Hauptproblem

Wann traten die Probleme erstmals auf? \_\_\_\_\_

Wer hat die Vorstellung empfohlen? \_\_\_\_\_

**Belastenden Lebensereignisse** (z.B. Trennungserfahrungen, Scheidung der Eltern, Tod wichtiger Bezugspersonen, Umzüge, Erkrankungen usw.)

### Erwartungen/Ziele der Vorstellung Ihres Kindes / Jugendlichen in unserer Praxis

## Jugendamt

Gibt es Kontakt mit dem Jugendamt?  nein  ja

Name des Jugendamtes \_\_\_\_\_ Zuständiger Sachbearbeiter \_\_\_\_\_

### Art der Hilfe durch das Jugendamt

### Beginn / Dauer / Umfang (pro Woche)

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Beratung                               | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Hilfe (z.B. SPFH)            | _____ |
| <input type="checkbox"/> Teilstationäre Hilfe (Tagesgruppe)     | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Hilfe (Wohngruppe o.ä.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Anderes                                | _____ |

Bitte bringen Sie vorhandene Vorbefunde mit

Art der Behandlung	Alter (bei Beginn)	Dauer	Warum?
<b>SPZ</b>			
<b>Ergotherapie</b>			
<b>Logopädie</b>			
<b>Frühförderung</b>			
<b>Ambulante Psychotherapie</b>			
<b>Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung</b>			
<b>Teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung (Tagesklinik)</b>			
<b>Vollstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung</b>			
<b>Beratungsstelle</b>			
<b>Nachhilfe / Förderung</b>			
<b>Medikation</b>			
<b>Bisherige Diagnosen</b>			

Vielen herzlichen Dank für Ihre Zeit und Mühe!

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Ort, Datum:

Unterschrift:

---