



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 Versicherungskarte 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: _____

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)

Beratung

Ambulante Hilfe (z.B. SPFH)

Teilstationäre Hilfe (Tagesgruppe)

Vollstationäre Hilfe (Wohngruppe o.ä.)

Anderes

Bitte bringen Sie vorhandene Vorbefunde mit

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

Vielen herzlichen Dank für Ihre Zeit und Mühe!

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____

Ort, Datum:

Unterschrift: