

# Aufnahmebogen

---

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum : \_\_\_\_\_

Straße/Ort : \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.. : \_\_\_\_\_

Handy-Nr. : \_\_\_\_\_

Mutter Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Ort/Tel. (wenn abweichend): \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt  Ja  Nein

Vater Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Ort/Tel. (wenn abweichend): \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt  Ja  Nein

Eltern:  zusammenlebend  getrennt lebend  geschieden

Ggf. Lebenspartner der Mutter:

Ggf. Lebenspartnerin des Vaters:

\_\_\_\_\_

Andere sorgeberechtigte Personen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ggf. Name d. Einrichtung/Betreuer/Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Kontakt Jugendamt  Nein  Ja, wo \_\_\_\_\_

Welche Form von Unterstützung: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Bericht an Hausarzt  Ja  Nein

Bericht an Eltern:  Ja  Nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wird oder wurde ein Geschwisterkind hier in der Praxis behandelt?

Nein  Ja, Name: \_\_\_\_\_

BITTE UMBLÄTTERN

# Aufnahmebogen

---

## Einverständnis zur kinderpsychiatrischen Behandlung der sorgeberechtigten Eltern:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter kinder- und jugendpsychiatrisch in unserer Praxis behandelt wird.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Bitte lesen Sie unseren Aushang zum Datenschutz im Wartezimmer.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Jugendl. ab 16 J.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kindesmutter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kindesvater

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r