

Aufnahmebogen

Name/Vorname: _____

Geb.-Datum : _____

Geschlecht : männlich weiblich divers unbestimmt

Straße/Ort : _____

Telefon-Nr.. : _____

Handy-Nr. : _____

Email-Adresse : _____

Mutter Name/Vorname: _____

Straße/Ort/Tel. (wenn abweichend): _____

Sorgeberechtigt Ja Nein verstorben

Vater Name/Vorname: _____

Straße/Ort/Tel. (wenn abweichend): _____

Sorgeberechtigt Ja Nein verstorben

Eltern: zusammenlebend getrennt lebend geschieden

Ggf. Lebenspartner*in der Mutter:

Ggf. Lebenspartner*in des Vaters:

Andere sorgeberechtigte Personen: _____

Ggf. Name d. Einrichtung/Betreuer*in/Kontaktperson: _____

Kontakt Jugendamt Nein Ja, wo _____

Welche Form von Unterstützung: _____

Wurde in diesem Quartal bereits eine andere Sozialpsychiatrische Praxis aufgesucht? Nein Ja, wo _____

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*in/Jugendl. ab 16 J.

Ort, Datum

Unterschrift Kindesmutter

Ort, Datum

Unterschrift Kindesvater

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r