KLAUS GOLLWITZER



### Für Sie bestimmt:

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Oßwaldstraße 1a 82319 Starnberg

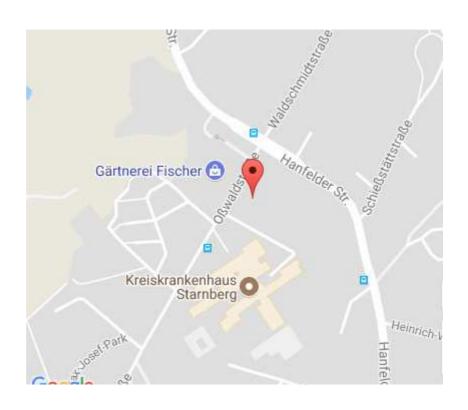
Tel: 08151 / 555 10 3 Fax: 08151 / 555 10 59 praxis@kjp-starnberg.de www.kjp-starnberg.de

#### So finden Sie uns:

Im MediCenter Starnberg linker Eingang

Bus Linie 959, Haltestelle "Oßwaldstraße"

Sprechzeiten: Mo – Do: 9 - 13 Uhr und 14 - 17 Uhr Termine nach Vereinbarung



## Bitte folgende Unterlagen zum ersten Termin mitbringen:

- das gelbe Untersuchungsheft (U1 U9)
- alle verfügbaren Schulzeugnisse
- eventuelle Vorbefunde oder Voruntersuchungen (um eventuelle Doppeluntersuchungen zu vermeiden)
- je nach Symptomatik aussagekräftige Schulhefte oder Proben
- unter Umständen aussagekräftige Schulhefte / Arbeitsblätter
- ein Foto
- die Versicherungskarte
- einen Überweisungsschein von Ihrem Kinder- oder Hausarzt

Bitte den Anmeldebogen auf den folgenden Seite so schnell wie möglich ausgefüllt an uns zurücksenden.

per Fax: 08151 / 555 10 59 oder

per E-Mail: praxis@kjp-starnberg.de

KLAUS GOLLWITZER



An Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Oßwaldstraße 1a 82319 Starnberg

# Anmeldung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung

Vor-und Zuname des Patienten:	gel	geb. am:				
PLZ: Wohnort:	Straße:					
Telefon: M	lobil:					
Name der Mutter:	geb. am:	Beruf:				
Name des Vaters:	geb. am:	Beruf:				
Inhaber des Sorgerechtes:						
Die Vorstellung wurde angeregt durch:						
Schildern Sie bitte kurz die aktuellen Sorg						

Besucht/e d Besonderheit		einen Kir	ndergarten	? Wenn	ja, vo	n wanr	n bis v	wann u	nd bes	tanden	dort
Welche Sch	ule und	Klasse	besucht	das Kin	d? Bes	stehen	Lern-	oder V	/erhalter	nsproble	me?
Besucht/e da	s Kind ein	e Nachmit	tagsbetreu	ung? (Na	ame, An	schrift)					
War das Kinc	schon ei	nmal für ei	ne längere	e Zeit auß	erhalb o	der Fami	ilie betre	eut?			
Gab es in de niedergelasse Dienst)? Wer	enen Ärz	te, Erzieh	nungsbera	tung, Ju		_					
Frühere <b>Erl Behandlung</b>	_	<b>en,</b> auch	Kinderk	rankheite	n und	Unfäll	e, <b>sta</b>	tionäre	oder	ambul	ante
Erhält das Ki	nd Medika	mente? W	'enn ja, we	elche und	seit wa	nn?					
Datum:			Un	terschrift d	er sorgeb	 erechtigte	— en Eltern				

Sonstiges: ggf. Rückseite benutzen

KLAUS GOLLWITZER

# Personal-Bogen

Kind / Jugendlicher:				
Vorname:	Name:			
geb. am:	in:			
Staatsangehörigkeit:				
Konfession:				
Adresse:	Telefon:			
Schulart und Klasse:				
ankenkasse: Mit wem versichert:				
Kinder- oder Hausarzt:				
Geschwister:				
Leibliche Mutter:	Leiblicher Vater:			
Name:	Name:			
geb. am:	geb. am:			
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:			
Konfession:	Konfession:			
Adresse:	Adresse:			
Telefon:	Telefon			
Beruf:	Beruf:			
Schulabschluß:	Schulabschluß:			
Stief-/Adoptiv-Mutter:	Stief-/ Adoptiv-Vater:			
Name:	Name:			
geb. am:	geb. am:			
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:			
Konfession:	Konfession:			
Adresse:	Adresse:			
Telefon:	Telefon:			
Beruf:	Beruf:			
Schulabschluß:	Schulabschluß:			