



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

Besucht/e das Kind einen Kindergarten? Wenn ja, von wann bis wann und bestanden dort Besonderheiten?

Welche Schule und Klasse besucht das Kind? Bestehen Lern- oder Verhaltensprobleme?

Besucht/e das Kind eine Nachmittagsbetreuung? (Name, Anschrift)

War das Kind schon einmal für eine längere Zeit außerhalb der Familie betreut?

Gab es in der Vorgeschichte bereits **andere Untersuchungen / Beratungen** (z.B. Klinikambulanzen, niedergelassenen Ärzte, Erziehungsberatung, Jugendamt, Gesundheitsamt, schulpsychologischer Dienst)? Wenn ja, wann und wo und warum:

Frühere **Erkrankungen**, auch Kinderkrankheiten und Unfälle, **stationäre oder ambulante Behandlungen**:

Erhält das Kind Medikamente? Wenn ja, welche und seit wann?

Datum:

Unterschrift der sorgeberechtigten Eltern

Sonstiges: ggf. Rückseite benutzen

Personal-Bogen



Kind / Jugendlicher:

Vorname:

Name:

geb. am:

in:

Staatsangehörigkeit:

Konfession:

Adresse:

Telefon:

Schulart und Klasse:

Krankenkasse:

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: