PRAXIS FÜR
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE
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“

Öffnungszeiten:
Mo-Do: 9 - 13 Uhr und 14 - 18 Uhr
Termine nach Vereinbarung

Telefonische Erreichbarkeit:
Mo - Do: 9 - 11 Uhr und 14 - 16 Uhr
Fr: 9 - 11 Uhr

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

PRAXIS FÜR
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE
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: _____ geb. am:_____

PLZ:_____ **Wohnort:**_____ **Straße:**_____

Telefon: _____ **Mobil:** _____

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 **Sorgen bzw. Probleme** und seit wann sie bestehen:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

PRAXIS FÜR
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE
KLAUS GOLLWITZER

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:

Name:

geb. am:

Staatsangehörigkeit:

Konfession:

Adresse:

Telefon:

Beruf:

Schulabschluß:

Leiblicher Vater:

Name:

geb. am:

Staatsangehörigkeit:

Konfession:

Adresse:

Telefon

Beruf:

Schulabschluß:

Stief-/Adoptiv-Mutter:

Name:

geb. am:

Staatsangehörigkeit:

Konfession:

Adresse:

Telefon:

Beruf:

Schulabschluß:

Stief-/ Adoptiv-Vater:

Name:

geb. am:

Staatsangehörigkeit:

Konfession:

Adresse:

Telefon:

Beruf:

Schulabschluß: