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:

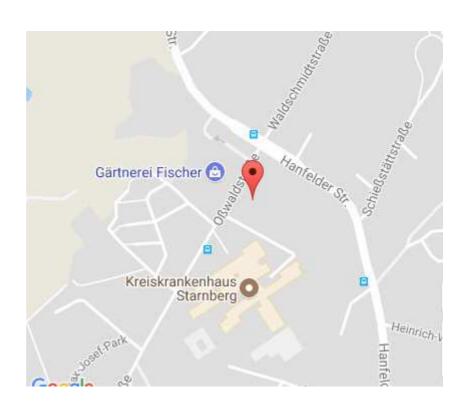
Im MediCenter Starnberg linker Eingang

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

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 Mı	utter:	ge	eb. am: _	Beruf:	
Name des Va	aters:	ge	eb. am: _	Beruf:	
Inhaber des	Sorgerechtes:			<u> </u>	
Die Vorstellur	ng wurde angeregt durch	1:			
	bitte kurz die aktuellen \$			wann sie bestehen:	

Besucht/e das Kind einen Kinde	rgarten? Wenn ja, von wann bis wann und bestanden dort
Besonderheiten?	
Welche Schule und Klasse besu	cht das Kind? Bestehen Lern- oder Verhaltensprobleme?
Besucht/e das Kind eine Nachm	ittagsbetreuung? (Name, Anschrift)
War das Kind schon einmal für e	eine längere Zeit außerhalb der Familie betreut?
niedergelassenen Ärzte, Erzie Dienst)? Wenn ja, wann und wo	ereits andere Untersuchungen / Beratungen (z.B. Klinikambulanzen, ehungsberatung, Jugendamt, Gesundheitsamt, schulpsychologischer und warum:
Frühere Erkrankungen , auc Behandlungen :	h Kinderkrankheiten und Unfälle , stationäre oder ambulante
Erhält das Kind Medikamente? V	Venn ja, welche und seit wann?
 Datum:	Unterschrift der sorgeberechtigten Eltern

Sonstiges: ggf. Rückseite benutzen

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:				
<u>Leibliche Mutter:</u>	<u>Leiblicher Vater:</u>			
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:			