



Anmeldung

Name des Kindes oder des/der Jugendlichen		Geburtsdatum			
Adresse des Kindes oder des/der Jugendlichen					
Wohnhaft bei den leiblichen Eltern/getrenntlebenden Eltern/Großeltern/Pflege- oder Adoptiveltern/Wohngruppe					
Krankenkasse des Kindes oder des/der Jugendlichen					
Falls Familienversicherung, Hauptversicherte/r (Name, Geburtsdatum)					
<b>Leibliche Mutter</b>					
Name	Geburtsdatum	Berufliche Ausbildung / aktuelle Beschäftigung	Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>	Pensum
<b>Leiblicher Vater</b>					
Name	Geburtsdatum	Berufliche Ausbildung / aktuelle Beschäftigung	Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>	Pensum
Die Eltern	<input type="checkbox"/> leben <b>zusammen</b> seit <input type="checkbox"/> sind <b>verheiratet</b> seit		<input type="checkbox"/> sind <b>getrennt</b> seit <input type="checkbox"/> sind <b>geschieden</b> seit		
Ansprechpartner, falls das Kind oder der/die Jugendliche nicht bei den leiblichen Eltern wohnt					
Name	Geburtsdatum	Berufliche Ausbildung / Tätigkeit	Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>	Pensum
Name	Geburtsdatum	Berufliche Ausbildung / Tätigkeit	Vollzeit <input type="checkbox"/>	Teilzeit <input type="checkbox"/>	Pensum
Sorgeberechtigte Person					
<b>Kontaktangaben</b>					
Festnetz		Handy	E-Mail		
Der/Die Ausfüllende bestätigt, dass wir mit der oben angegebenen Person per Brief, E-Mail, SMS und Telefon Kontakt aufnehmen dürfen					
<input type="checkbox"/> ja, ich bin damit einverstanden <input type="checkbox"/> nein, ich bin damit nicht einverstanden, bitte kontaktieren sie mich über folgenden Weg _____ <input type="checkbox"/> die Datenschutzinformationen habe ich gelesen und bin damit einverstanden					
(Ort, Name, Unterschrift)					
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?					

Kinderarzt oder Hausarzt ( <i>Adresse, Telefonnummer</i> )		
Kindergarten oder Schule und Klassenstufe des Kindes		
Welche Sorgen oder Probleme sind der Auslöser für die Anmeldung (seit wann bestehen die Probleme, bzw. wie haben sich die Probleme entwickelt)		
<p>Wo zeigen sich die Probleme?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Familie</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Schule</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Freizeit</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Freunde</div> </div>		
Was äussert das Kind oder der/die Jugendliche für Sorgen und Probleme		
<b>Vorbehandlungen und aktuelle Behandlungen</b> <i>Frühförderung/Logopädie/Ergotherapie/Motopädie/Physiotherapie</i> <i>Erziehungsberatungsstelle/Schulpsychologie</i> <i>Ärzte/Sozialpsychiatrisches Zentrum/Psychiater/(teil-)stationäre Maßnahmen/ambulante Maßnahmen/Psychotherapie</i>		
Behandlung	Wo	In welchem Zeitraum

Bringen Sie bitte alle Ihnen vorliegende Berichte und das Vorsorge-Untersuchungs-Heft mit. Vielen Dank!

**Einverständniserklärung**  
**Vollmacht für getrenntlebende Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht**

Liebe Eltern/Erziehungsberechtigte,

bei der Vorstellung von Kindern und Jugendlichen getrenntlebender Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht sind wir verpflichtet von beiden Elternteilen eine schriftliche Einverständniserklärung für die Kontaktaufnahme, Erstgespräche, Diagnostik und ggf. Therapie in unserer Praxis anzufordern.

Patient/in	Geburtsdatum
Wohnhaft	
Sorgeberechtigte Person	

Hiermit erklären wir uns mit einem Erstkontakt, einer Diagnostik und ggf. Therapie, unseres oben genannten Kindes durch Frau Andrea Kaiser und KollegInnen einverstanden.

Sorgeberechtigte Personen	
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Anschrift	Anschrift
Telefonnummer	Telefonnummer
Ort, Datum, Unterschrift	Ort, Datum, Unterschrift