

## Anmeldebogen

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_

Geb. Datum und Ort: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Grund der Anmeldung: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

über wen ist das Kind versichert: \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger bei Privat Vers.: \_\_\_\_\_

Behandelnder Kinderarzt (f. d. Arztbrief): \_\_\_\_\_

Bei getrennt lebenden Eltern:

Wo lebt das Kind und seit wann : \_\_\_\_\_

Wer ist sorgeberechtigt: \_\_\_\_\_

## **Fragebogen zur Lebensgeschichte Ihres Kindes**

Dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung; deshalb sollten Sie die Fragen zuhause so richtig und genau wie möglich beantworten. Ihre Angaben werden selbstverständlich in der gleichen, streng vertraulichen Weise behandelt, wie alle Ihre anderen persönlichen Mitteilungen während Beratung und Behandlung.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Engagement für die Gesundheit Ihres Kindes.



Krankenhausaufenthalte( wo, wann und warum?): \_\_\_\_\_

**Allergien/Unverträglichkeiten?:**

Nein -ja (welche)

Gab oder gibt es Behandlungen durch Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie o.ä.?

Nein

Ja (welche Behandlung, bei wem, wann): \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind zurzeit **Medikamente** ein und wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Kindergarten- und Schulbesuch:**

Wird/wurde Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtungen betreut ( Zutreffendes bitte unterstreichen): Krippe, Krabbelstube; Kindergarten; Kinderhort, Sonderkindergarten, andere:

Besuch von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung und wenn ja, welche:

Welche Schulform/Ausbildung besucht Ihr Kind zurzeit?

Klassenstufe: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Schule und wenn ja, welche:

---

**Schul/Ausbildungsbesuch (bitte zutreffendes unterstreichen)**

Regelrecht \* einmal wiederholt\* mehrmals wiederholt \* umgeschult \* Wiederholung und Umschulung \* Abbruch

**Lebens- und Wohnsituation der Eltern (zutreffendes bitte unterstreichen)**

Leben zusammen \* getrennt/geschieden \* durch den Tod getrennt \* haben nie zusammengelebt

**Angaben zu den Eltern:**

Name, Vorname, geboren am, Schulabschluss, Berufsausbildung/Studium, ausgeführter Beruf

Mutter:

---

---

Vater:

---

---

**Das Kind wohnt zurzeit mit:**

Leiblicher Mutter / Stiefmutter/ Adoptivmutter / Pflegemutter / Großmutter / sonstiger Ersatzmutter / keiner Mutter

Leiblichem Vater / Stiefvater / Adoptivvater / Pflegevater / Großvater / sonstiger Ersatzvater / keinem Vater

Leiblichen Geschwistern / keinen Geschwistern / Stiefgeschwistern / Adoptivgeschwister/ sonstige Ersatzgeschwister

**Stellung in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie:**

Einzelkind / jüngstes Kind / mittleres Kind / ältestes Kind / Kind lebt nicht in der Familie

Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie: \_\_\_\_\_

**Geschwister (bitte in der Reihenfolge der Geburten):**

Name, Vorname                      geboren am                      Schule/Beruf

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Nicht leibliche Geschwister bitte kennzeichnen!**

Gibt oder gab es besondere **Belastungen in der Familie** (dauernde Konflikte, körperliche oder seelische Erkrankungen):

---

---

---

Was ist der **Anlass der Vorstellung** in unserer Praxis:

---

---

---

Findet zurzeit eine Behandlung in einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, einem sozialpädiatrischen Zentrum oder einer der Institutsambulanzen der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie statt?

Nein

Ja (bei wem, seit wann): \_\_\_\_\_

---

Wo war das Kind zuvor in Behandlung: \_\_\_\_\_

Ich bestätige zudem, dass aktuell (in diesem Quartal) keine parallele Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz oder Praxis erfolgte oder geplant ist. Sollte der Fall einer parallelen Behandlung eintreten, werde ich die Praxis hierüber informieren.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Vorstellung v: \_\_\_\_\_ in der Praxis Dr. Forouher

---

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

---

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

# Einverständnis- Erklärung

(auszufüllen vom getrennt lebenden Elternteil, wenn beide sorgeberechtigt sind)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass  mein Sohn  meine Tochter  Mündel

---

Hauptwohnort:

---

In der

**Praxis Dr. med. Nima Forouher, Facharzt für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**

untersucht und behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich,  die Mutter  der Vater (bitte ankreuzen)

---

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtentbindungen vorzunehmen.

weitere Anmerkungen: \_\_\_\_\_

---

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Name, Anschrift, Telefonnummer des/der Unterzeichnenden:

---

**Bitte bringen Sie diesen Bogen gegebenenfalls ausgefüllt zum  
Erstgespräch mit.**

## Honorarausfallvereinbarung

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, rufen Sie bitte so früh wie möglich an und vereinbaren mit uns einen neuen Termin.

Behandlungsplätze im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sind leider knapp und mit langen Wartezeiten verbunden, auch wir haben eine Warteliste.

Wir nehmen uns für die Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes gern ausreichend Zeit, die wir nicht anderweitig verplanen. Deshalb die Aufforderung, vereinbarte Termine rechtzeitig abzusagen.

Bitte schicken Sie uns daher zusammen mit dem ausgefüllten Anamnesebogen die folgende Erklärung unterschrieben zurück:

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich den vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen kann, diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen muss. Ich bin darüber informiert worden, dass mir für jeden nicht rechtzeitig abgesagten und nicht wahrgenommenen Termin ohne ausreichende Entschuldigung ein Ausfallhonorar in Höhe von:

**50.00 Euro**

durch die Praxis Dr. med. Forouher in Rechnung gestellt wird. Dieser Betrag muss von mir selbst bezahlt werden, ohne dass eine Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenkasse oder eine private Krankenversicherung besteht.

Mit dieser Regelung bin ich einverstanden.

---

Ort, Datum, Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

---

(Sorgeberechtigte/r)

Herr Dr. med. Forouher und Mitarbeiterinnen gegenüber

Schule/Kindergarten: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Jugendamt/Familienhilfe: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Arzt/Krankenhaus: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein Kind/mich:

Name des Kindes \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Hamburg, den \_\_\_\_\_

---

(Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

Wenn ich mir das Sorgerecht teile, informiere ich zeitnah den/die andere Sorgeberechtigte/n von dieser Schweigepflichtentbindung.

Ich wurde darüber informiert, dass die Schweigepflichtentbindung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

---



