

## Anmeldeformular für die Psychosomatik im Kinderzentrum Bethel

Bitte senden Sie uns den Anmeldebogen mit Unterschrift von allen Sorgeberechtigten vor dem Termin zurück, bringen Sie ihn spätestens zu Ihrem Termin mit.

Anmeldung durch:	<input type="checkbox"/> Klinik	<input type="checkbox"/> Praxis	<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> Selbstständig
------------------	---------------------------------	---------------------------------	---	--

- 1. Grund für die Anmeldung: Bitte beschreiben Sie kurz den Grund für die Anmeldung in unserer Psychosomatik und geben Sie an, welche spezifischen Probleme oder Symptome das Kind hat.**

---



---



---



---



---



---

**2. Patient/in:**

Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
<input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
Straße / Hausnr.			
PLZ / Wohnort			
Krankenkasse			
Tel. (Patient/in)		Mobil	
E-Mail (Patient/in)			

**3. Angaben zu den Eltern/Erziehungsberechtigten:**

Beziehung	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
	Vorname		
	Nachname		
	Geburtsdatum	Geburtsort	
	Beschäftigung		
	Straße / Hausnr.		
	PLZ / Wohnort		
	Telefonnummer		
	Mobil		
	E-Mail		

Beziehung	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
	Vorname		
	Nachname		
	Geburtsdatum	Geburtsort	
	Beschäftigung		
	Straße / Hausnr.		
	PLZ / Wohnort		
	Telefonnummer		
	Mobil		
	E-Mail		
<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt/geschieden	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Sorgerecht liegt bei:			
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

**4. Hausarzt/-ärztin / behandelnder Arzt/Ärztin / Kinderarzt/-ärztin:**

Name	
Straße / Hausnr.	
PLZ / Wohnort	
Telefonnummer	
E-Mail	

**5. Weitere Hilfen:**

*Bitte ankreuzen und Ansprechpartner benennen und bitte Schweigepflichtentbindung ausfüllen und von allen Sorgeberechtigten unterschrieben spätestens zum Termin mitbringen.*

Institution	Ansprechpartner/in	Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Jugendamt		
<input type="checkbox"/> Schule		
<input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in		
<input type="checkbox"/> SPZ/MVZ		
<input type="checkbox"/> Psychiater		
<input type="checkbox"/> Sozialamt		
<input type="checkbox"/> Sonstige		

**6. Gibt es relevante medizinische Vorgeschichten des Kindes (z. B. chronische Erkrankungen, Operationen, Allergien)? Falls ja, bitte erläutern Sie:**

---



---



---



---

**7. Liste der aktuellen Medikamente des Kindes:**

---



---



---



---

**8. Sonstige Informationen:**

Hat das Kind besondere Bedürfnisse oder Anforderungen (z. B. Diätbeschränkungen, spezielle Betreuung)?

---

---

---

---

---

**9. Gibt es besondere Umstände oder Ereignisse im Leben des Kindes oder der Familie, die für die Behandlung relevant sein könnten?**

---

---

---

---

---

**10. Welche Ziele haben Sie für die Behandlung und welchen Auftrag haben Sie an uns als Behandler?**

---

---

---

---

---

**11. Zustimmung und Einverständniserklärung:**

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich die oben genannten Informationen wahrheitsgemäß und vollständig angegeben habe. Ich verstehe, dass die Informationen vertraulich behandelt werden und nur für den Zweck der Behandlung verwendet werden. Die Unterschriften aller Sorgeberechtigten sind zwingend erforderlich!

---

Datum, Ort – Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

---

Datum, Ort – Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

---

Datum, Ort – Unterschrift (Patien/in ab 15 Jahren)