



dr. med. ernst friedl

facharzt für
kinder- und jugendpsychiatrie
und psychotherapie
(alle kassen)

dr. ernst friedl · wittelsbacher straße 13 · 94315 straubing

Anmeldebogen zur Neuvorstellung

Eingangsdatum: _____

1. Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Anschrift: _____

TELEFON (Eltern): _____

TELEFON (Jugendliche): _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Anmeldung erfolgt durch: _____

2. Eltern / Sorgeberechtigte

Sorgerecht: ☐ gemeinsam ☐ Mutter allein ☐ Vater allein

☐ _____

☐ gemeinsam, nach Trennung d. Eltern (Anschrift, Telefon, E-Mail des anderen Elternteils):

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht unbedingt die schriftliche Einverständnis des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehepartners zur Diagnostik und Behandlung bei uns notwendig ist. Diese muss unbedingt bereits zum Ersttermin mitgebracht werden.

Name / Vorname **Mutter:** _____ geb. _____

Schulabschluss: _____ Ausbildung/Studium: _____

ausgeübter Beruf (Umfang): _____ Erkrankungen: _____

Name / Vorname **Vaters:** _____ geb. _____

Schulabschluss: _____ Ausbildung/Studium: _____

ausgeübter Beruf (Umfang): _____ Erkrankungen: _____

3. Familiensituation / Haushalt

Anzahl der **Geschwister** und **Alter**:

Name:	Name:	Name:
Alter:	Alter:	Alter:
Kindergarten/Schule:	Kindergarten/Schule:	Kindergarten/Schule:

Gab es in der Familie **belastende Ereignisse**? (z. B. Trennung, Krankheit, Tod, Arbeitslosigkeit):

Weitere wichtige **Bezugspersonen** für das Kind: _____

Wie würden Sie die **familiäre Atmosphäre** beschreiben (zB. Harmonisch, Trennungsgedanken, viel Streit zwischen Eltern/Geschwistern)? _____

4. Anlass der Vorstellung

Warum soll Ihr Kind bei uns untersucht werden? Welche **Probleme** bestehen?

Seit wann bestehen die Schwierigkeiten? _____

Wie stark ist die **Belastung** durch die beschriebene Symptomatik (gar nicht, leicht, mäßig, stark, sehr stark)? _____

5. Bisherige Hilfen / Diagnostik

Waren/Sind Sie daher bereits in **ärztlicher oder psychologischer Behandlung**? Wenn Ja: wo und wann?

Erfolgte bereits eine **Testpsychologische Untersuchung**? Wenn Ja: wo und wann?

Wurde Logo/Ergo/Physiotherapie durchgeführt? Wenn Ja: wo und wann?

6. Sonstiges

Welche **Schule / Klasse** besucht das Kind? _____

Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint, was Sie uns bereits vor dem Termin mitteilen möchten?

Bitte bringen Sie die Versicherungskarte, Zeugnisse, gelbes U-Heft und falls vorhanden ärztliche und psychologische Vorbefunde sowie logopädische und ergotherapeutische Berichte mit.

Ort, Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters:
