

## Anmeldebogen zur Neuvorstellung

Ausgabedatum:  
Eingangsdatum:

Liebe Eltern!

Es erleichtert unsere Arbeit sehr, wenn Sie bei einer Neuvorstellung Ihres Kindes/  
Jugendlichen die nachfolgenden Angaben möglichst vollständig beantworten und Sie den  
Anmeldebogen rasch wieder an die Praxis zurückgeben. Ihre Angaben unterliegen der  
ärztlichen Schweigepflicht.

Name und Vorname des **Kindes/Jugendlichen**: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**TELEFON:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Anmeldung erfolgt durch:** \_\_\_\_\_

Name und Vorname der **Mutter**: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name und Vorname des **Vaters**: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Sorgerecht:** \_\_\_\_\_

**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.**

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

---

---

Seit wann bestehen die Schwierigkeiten?

---

Waren oder sind Sie daher bereits in ärztlicher oder psychologischer Behandlung?

Wenn Ja: wo und wann?

---

---

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

---

Welchen Kindergarten/Tagesstätte bzw. welche Schule und Klasse besucht das Kind?

---

Wurde bei Ihrem Kind bereits ein EEG abgeleitet? Wenn Ja: wo und wann?

---

Befindet sich das Kind aktuell wegen einer anderen Erkrankung in laufender ärztlicher Behandlung? Wenn Ja: welche Erkrankung?, seit wann und wo in Behandlung?

---

---

Gab es bereits früher Erkrankungen, die zu Behandlungen führten? (auch Kinderkrankheiten, Unfälle, Operationen, Allergien?)

---

---

---

Gab es bereits Klinikaufenthalte oder anderweitig längere Aufenthalte ihres Kindes außerhalb der Familie?

---

---

Erhält Ihr Kind Medikamente? Wenn Ja: welche und seit wann?

---

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

---

---

Ort, Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_