

Anmeldebogen der Kinder- und Jugendpsychiatrie der St. Lukas-Klinik

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Sie möchten Ihr Kind bei uns zur Diagnostik und/oder Behandlung anmelden. Vor jeder Behandlung ist eine Klärung der Behandlungsoptionen in unserer Ambulanz notwendig. Für eine erfolgreiche Planung benötigen wir im Vorfeld Ihr Einverständnis zur Diagnostik und/oder Behandlung sowie einige Informationen. Wir behandeln alle Angaben streng vertraulich (im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht), d. h. Informationen geben wir nur mit Ihrem Einverständnis weiter.

Einverständniserklärung:

Diese Erklärung mit Unterschrift **aller** sorgeberechtigten Personen benötigen wir aus rechtlichen Gründen vorab für den Fall, dass eine/r der Sorgeberechtigten zum Aufnahmegespräch oder zur weiterführenden Behandlung nicht anwesend sein kann. Wir wünschen uns eine enge Zusammenarbeit mit Ihnen als Sorgeberechtigte, freuen uns über Ihre Teilnahme an den Diagnostik- und Therapiegesprächen und sind gerne bereit, Ihnen Auskunft über den Stand der Behandlung zu geben. Eine Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen/Stellen wird gesondert erteilt.

Erst bei Vorliegen dieser Einverständniserklärung mit allen benötigten Unterschriften kann eine Aufnahme der Patientin/des Patienten auf unsere Warteliste erfolgen.

Erklärung: Hiermit erkläre ich mich als sorgeberechtigte Person mit der Behandlung des u. g. Kindes in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der St. Lukas Klinik einverstanden.

Name und Kontaktdaten des **Kindes**:

Nachname:	_____	Geschlecht:
Vorname:	_____	<input type="checkbox"/> weiblich
geboren am:	_____	<input type="checkbox"/> männlich
Straße:	_____	<input type="checkbox"/> divers
PLZ/Ort:	_____	

Name und Kontaktdaten der **sorgeberechtigten Personen**:

Nachname:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Straße:	_____	_____
PLZ/Ort:	_____	_____
Telefon	_____	_____
Handy	_____	_____
E-Mail	_____	_____

Darf die St. Lukas-Klinik diese E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme verwenden?

Ja Nein Ja Nein

Datum

Unterschrift **aller** gesetzlich sorgeberechtigten Personen

Weitere Informationen zum Kind / Jugendlichen

Bei wem wohnt das Kind?
(Name, Anschrift, Telefon, E-Mail): _____

Weitere Kontaktperson(en)?
(Name, Anschrift, Telefon, E-Mail): _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer:
Mitversichert bei:
(Name, Vorname, Geburtsdatum) _____

Kinderarzt/Hausarzt:
(Name, Anschrift, Telefon) _____

Aktuell behandelnde Kinder-
und Jugendpsychiatrie:
(Name, Anschrift, Telefon) _____

Weitere aktuell behandelnde
Fachärzte, auch SPZ:
(Name, Anschrift, Telefon) _____

Pflegegrad: Ja, (welcher?) Nein Beantragt

Grad der Behinderung: Ja, GdB Nein Beantragt

Merkzeichen: G aG B H Rf Bl Gl BT

Hilfsmittel: _____

Familiensprachen: _____
Welche Einrichtung (Kindergar-
ten, Schule, Internat) besucht Ihr
Kind?
(Name, Anschrift): _____

Besonderheiten: _____

Wurde Ihr Kind schon in der St.-Lukas-Klinik behandelt? Nein Ja im Jahr

Wurde ein Geschwisterkind schon in der St.-Lukas-Klinik behandelt? Nein Ja im Jahr

Falls ja, Name des Geschwisters: _____

Vorstellungsanlass

Warum stellen Sie Ihr Kind bei uns vor? (Stichworte reichen aus)

Seit wann bestehen diese Schwierigkeiten?

Wer hat die Vorstellung in unserer Klinik empfohlen?

Haben Sie sich wegen des o.g. Problems/Verhaltens schon an andere Stellen gewandt?

- Ja, an ↓ Nein
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Psychotherapie
 - Jugendamt / Sozialamt / Inklusionsamt
 - Sozialpädiatrisches Zentrum
 - Beratungsstelle
 - Schule (Schulsozialarbeit, Schulpsychologie, Schulamt)
 - Andere:

Welche Maßnahmen wurden dabei getroffen bzw. empfohlen (z. B. Therapie, Familienhilfe etc.)?

Welche (Vor-)Diagnosen sind bei Ihrem Kind bereits gestellt worden?

Welches sind Ihre wichtigsten Fragen und Erwartungen an uns?

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Name, Vorname – Bezug zum Kind / Jugendlichen