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:

Name und Kontaktdaten des Kindes:

Diese Erklärung mit Unterschrift <u>aller</u> 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 Schweigepflichtsentbindung gegenüber anderen Personen/Stellen wird gesondert erteilt.

St. Lukas-Klinik

Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz

Siggenweilerstraße 11 88074 Meckenbeuren

Tel.: +49 7542 10-5302 E-Mail: ambulanz.lukas@ stiftung-liebenau.de www.stiftung-liebenau.de

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.

Nachname:		Geschlecht				
Vorname:		weiblich				
geboren am:						
Straße:		divers				
PLZ/Ort:						
Name und Kontak Nachname:	ktdaten der sorgeberechtigten Person(en) ,	falls nur eine Person sorgeberechtigt ist, bitte Nachweis beilegen:				
Vorname:						
Straße:						
PLZ/Ort:						
Telefon		- 2				
Handy						
E-Mail						
	Darf die St. Lukas-Klinik diese E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme verwenden?					
	□ Ja □ Nein	□ Ja □ Nein				
 Datum	Unterschrift aller gesetzlich s	orgeberechtigten Personen				

- Seite 1 von 3 - Stand: 11/2025



Vorstellungsanlass

Welche Verhaltensproblematik liegt bei Ihrem Kind vor? Z. B. Unruhe, Impulsivität, Fremd-, Sach- oder Autoaggression, Rückzug, depressive Symptomatik, zwanghaft wirkendes Verhalten, Schlafstörung, Essstörung, Entwicklungsverzögerung (ggf. auch die Rückseite mitbenutzen)						
Seit wan	nn bestehen diese Schwierigkeiten?					
Wer hat	die Vorstellung in unserer Klinik empfohlen?					
Haben Si	ie 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 (z.B. Therapie, Familienhilfe etc.)?					
Welche	(Vor-)Diagnosen sind bei Ihrem Kind bereits gestellt worden (psychiatrische und kö	rperliche)?				
Welche	es sind Ihre wichtigsten Fragen und Erwartungen an uns?					



Weitere Informationen zum Kind / Jugendlichen

Bei wem wonnt das Kind? (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail):								
Weitere Kontaktperson(en)? (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail):								
Krankenkasse: Mitversichert bei: (Name, Vorname, Geburtsdatum)				Ve	rsichertenr	nummer:		
Kinderarzt/Hausarzt: (Name, Anschrift, Telefon)								
Aktuell behandelnde Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP): (Name, Anschrift, Telefon)								
Liegt eine Empfehlung der KJPP vor? Weitere aktuell behandelnde Fach- ärzte, auch SPZ: (Name, Anschrift, Telefon)	☐ Nein	☐ Ja, von _						
Pflegegrad:	 □ Nein		☐ Ja, we	Icher?			☐ Ist/wir	d beantragt
Grad der Behinderung:	☐ Nein ☐ Ja, mit GdB			t GdB	☐ Ist/wird beantra			
Merkzeichen:	□G	□ aG	□В	□н	□ Rf	□ ВІ	□ GI	□BT
Hilfsmittel:								
Familiensprache(n):	Falls Sie	zum Vorst	tellungsge	<mark>spräch n</mark>	icht ausre	eichend Deuts	sch könne	<mark>n, ist es</mark>
Welche Einrichtung (Kindergarten, Schultyp, Internat) besucht Ihr Kind (Name, Anschrift, Telefon):	_	<mark>dig, dass S</mark> i	<mark>ie eine/n l</mark>	Dolmets o	<mark>cher/in m</mark>	<mark>itbringen!</mark>		
Wurde Ihr Kind schon in der StLukas-Klinik behandelt? Wurde ein Geschwisterkind schon in der StLukas-Klinik behandelt?						☐ Ja im Jahr		
Falls ja, Name des Geschwisters/de	r Geschwis	ster + Gebur	tsjahr:		□ Nein			
Dieser Fragebogen wurde ausgefüll (Name, Vorname und Bezug zum Ki			Datum)					