

Anmeldebogen zur Anmeldung in der St. Lukas-Klinik

1. Informationen zum Kind / Jugendlichen

Nachname: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Darf die E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme durch die St. Lukas-Klinik verwendet werden?
 Ja Nein

Wann erreichbar?: _____

Krankenkasse: _____

Kinderarzt/Hausarzt: _____

St. Lukas-Klinik

Ambulanz

Tel.: +49 7542 10-5302
 Fax: +49 7542 10-5404
 E-Mail: ambulanzen.lukas@stiftung-liebenau.de

Liebenau Kliniken gemeinnützige GmbH

Siggenweilerstraße 11
 88074 Meckenbeuren
 Tel.: +49 7542 10-5351
 Fax: +49 7542 10-5333
 kliniken@stiftung-liebenau.de
 www.stiftung-liebenau.de

 Name und Anschrift der Kindertagesstätte/Schule, die das Kind derzeit besucht

2. Fragen zur Familie

2.1 Leibliche Eltern

Mutter

Name: _____

Vorname: _____

Straße _____

PLZ /Wohnort: _____

Telefon: _____

Vater

Name: _____

Vorname: _____

Straße _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

2.2 Stiefmutter / Stiefvater

Name, Vorname: _____

Falls das Kind nicht bei den leiblichen Eltern lebt:

2.3 Pflegeeltern / Adoptiveltern

Pflegemutter

Name: _____

Vorname: _____

Straße _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Pflegevater

Name: _____

Vorname: _____

Straße _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

2.4 Sorgerecht / Gesetzliche Betreuung

(Bei zwei Sorgeberechtigten bitte beide angeben.)

Name: _____

Vorname: _____

Straße _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

2.5 Bei wem ist das Kind mitversichert?

Name, Vorname: _____

Geb. _____

2.6 Geschwister

Name, Vorname: _____

Alter _____

2.7 Bisherige Krankenhausaufenthalte?

Ja

Nein

Ursache: _____

2.8 Besondere Belastungen des Kindes / Jugendlichen?

Ja

Nein

Ursache: _____

Falls vorhanden, fügen Sie bitte die entsprechenden Berichte bei.

2.9 Besondere familiäre Belastungen?

Ja

Nein

Ursache: _____

3. Für welche Probleme suchen Sie vor allem Hilfe?

4. Welche sind Ihre wichtigsten Fragen und Erwartungen an uns?

Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten
(Bei gemeinsamem Sorgerecht bitte unbedingt beide
Unterschriften)

Mit der Unterschrift bestätige/n ich/wir mein/unser Einverständnis zur Vorstellung des Kindes in der St. Lukas-Klinik.

Wichtig: Bitte bringen Sie zum Ambulanztermin einen Überweisungsschein Ihres Haus- oder Kinderarztes mit. Danke!