

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

Anmeldebogen zur Behandlung

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und füllen Sie es möglichst vollständig aus. Bringen Sie es bitte zusammen mit dem Einverständnis zur Behandlung, unterschrieben von allen Sorgeberechtigten, zum ersten Termin in meiner Praxis mit.

1. Angaben Patient:in

Name; Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

Telefon (Festnetz)

Handynummer Patient:in (falls vorhanden und erwünscht)

E-Mailadresse Patient:in (falls vorhanden und erwünscht)

2. Versicherungsdaten

Krankenkasse

Versichertennummer

Hauptversicherte Person (Name; Vorname)

Geburtsdatum der hauptversicherten Person

3. Sorgeberechtigte und Bezugspersonen

Familienkonstellation (z. B. leibliche Eltern, Adoptiveltern oder getrenntlebende Eltern)

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

PATIENT:IN (Name, Vorname und Geburtsdatum)

Sorgeberechtigte Person 1 / Mutter

Name, Vorname und Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend von Patient:in)

Telefon / Handy

E-Mail

Sorgeberechtigte Person 2 / Vater

Name, Vorname und Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend von Sorgeberechtigte Person 1)

Telefon / Handy (falls abweichend von Sorgeberechtigte Person 1)

E-Mail (falls abweichend von Sorgeberechtigte Person 1)

Weitere Bezugsperson (z.B. Vormundschaft)

Beziehung zum / zur Patient:in

Name, Vorname und Geburtsdatum

Institution / Beruf (falls relevant)

Adresse

Telefon / Handy

E-Mail

Sorgerecht ☐ Gemeinsames Sorgerecht ☐ Alleiniges Sorgerecht ☐ Gesetzlicher Vormund

Sonstiges zur Sorgerechtsregelungen

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

PATIENT:IN (Name, Vorname und Geburtsdatum)

4. Geschwister

Vorname; Name	Alter; Geburtsdatum	Relevante Informationen

5. Anlass der Vorstellung

(bitte beschreiben Sie selbst / gemeinsam mit Ihrem Kind den Vorstellungsgrund)

6. Aktuelle und bisherige Behandlungen sowie Unterstützungsangebote

Ambulante Psychotherapie (aktuell oder innerhalb der letzten 6 Monate)

Praxis / Berufsbezeichnung

Name der Therapeutin / des Therapeuten

Adresse

Telefon / E-Mailadresse

Aktuell laufende Kurz- oder Langzeitpsychotherapie

☐

Innerhalb der letzten 6 Monate beendete Kurz- oder Langzeitpsychotherapie

☐

Innerhalb der letzten 6 Monate Vorstellung zur psychotherapeutischen Sprechstunde

☐

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

PATIENT:IN (Name, Vorname und Geburtsdatum)

Fachtherapie

Praxis / Berufsbezeichnung

Name der Therapeutin / des Therapeuten

Adresse

Telefon / E-Mailadresse

Behandlungsgrund / Diagnose

Verordnet durch (Name des Kinderarztes / Facharztes / o.ä.)

Aktuell laufende Behandlung ☐

Innerhalb der letzten 6 Monate beendete Behandlung ☐

Weitere Unterstützungsangebote (Kinder- und Jugendhilfe; Schulbegleitung; Beratungsstelle o.ä.)

Institution

Name des Ansprechpartners

Adresse

Telefon / E-Mailadresse

Beratungsinhalte

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

PATIENT:IN (Name, Vorname und Geburtsdatum)

7. Schule / Ausbildung / Arbeitgeber

Name der Schule / der Ausbildungseinrichtung / des Arbeitgebers

Adresse

Klasse / Jahrgang / Abteilung / Tätigkeit

Klassenleitung / Bezugsperson / Ansprechperson

Telefon / E-Mail der Schule / Ausbildungseinrichtung / des Arbeitgebers

Anzahl der Fehltage in den letzten 3 Monaten (außerhalb der Ferienzeit)

8. Medizinische Angaben

Vordiagnosen (chronisch körperliche und / oder psychiatrische)

Aktuelle Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel

Wirkstoff	Dosierung in (mg/g/IE/o.ä.)	Einnahmezeitpunkt	Verordnet durch

Bitte bringen Sie zum ersten Termin nach Möglichkeit die Verpackungen oder einen aktuellen Medikamentenplan mit.

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

PATIENT:IN (Name, Vorname und Geburtsdatum)

9. Freizeit und Ressourcen

Hobbys / Freizeitaktivitäten / Vereine / Interessen

10. Hauptkontakt

Bitte geben Sie eine Person an, über die der Austausch mit der Praxis erfolgen wird:

Name; Vorname und Beziehung zum Patient:in

Adresse

Telefon / Handy/ E-Mailadresse

Sollte diese Person kein Sorgeberechtigter/ Vormund sein, bitte ich die Vollmacht dazu vorzulegen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort; Datum

Name; Vorname

Unterschrift

Hinweis zum Anmeldebogen

Die im Anmeldebogen abgefragten Informationen helfen, die Diagnostik und den weiteren Behandlungsprozess bestmöglich vorzubereiten und individuell auf Ihre Situation abzustimmen.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, den Anmeldebogen sorgfältig auszufüllen. Bitte achten Sie darauf, Ihre Angaben möglichst vollständig und korrekt zu machen, da diese eine wichtige Grundlage für die Planung der Diagnostik und Behandlung bilden.

Eine Kontaktaufnahme mit den von Ihnen angegebenen Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Einrichtungen oder anderen beteiligten Stellen erfolgt selbstverständlich ausschließlich nach Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung im Rahmen einer gesonderten Schweigepflichtentbindung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Vertrauen.

Ihre Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior