

Aufnahmebogen KJP Passau



BEZIRKSKRANKENHAUS LANDSHUT

Tagesklinik und Institutsambulanz
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Wörthstraße 5, 94032 Passau
TEL 0851 21360-730, FAX 0851 21360-739

Aufnahmebogen für die ambulante / stationäre Behandlung

Kind / Patient

Familienname: _____ Vorname: _____
Geschlecht: m ☐ w ☐ d ☐ Staatsangehörigkeit: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Krankenkasse: _____ Konfession: _____
Straße, Haus-Nr. _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon (Pat.): _____
E-Mail (Pat.): _____
Schule/Kindergarten: _____ Kontaktperson: _____ Klasse: _____
Sorgeberechtigt: ☐ beide Elternteile ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Vormund (ggf. Namen) _____
Lebt aktuell bei: ☐ beiden Elternteilen ☐ leibl. Mutter ☐ leibl. Vater ☐ _____

Eltern (leiblich)

Mutter

Familienname: _____ Vorname: _____
geb. am: _____ Geburtsort: _____
Beruf/Ausbildung: _____ Berufstätigkeit: _____
Anschrift, falls abweichend: _____
Tel. _____ Mobil: _____
E-Mail: _____

Vater

Familienname: _____ Vorname: _____
geb. am: _____ Geburtsort: _____
Beruf/Ausbildung: _____ Berufstätigkeit: _____
Anschrift, falls abweichend: _____
Tel. _____ Mobil: _____
E-Mail: _____

Ergänzungspfleger*in / sonstige Sorgeberechtigte

☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Vermögensangelegenheiten ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Wohnungsangelegenheiten ☐ Regelung des Postverkehrs
Name: _____ Vorname: _____
Tel. _____ Mobil: _____
E-Mail: _____



Erstellt am: 05.08.2024
durch: A. Kein Eintrag im Active Directory
Prüfung am: 05.08.2024
durch: A. Boros

Freigabe am: 05.08.2024
durch: V. Drißl

Stief- / Pflege- / Adoptiveltern / Lebenspartner (bitte unbedingt ausfüllen, falls vorhanden)

Mutter: ☐ Stief- ☐ Pflege- ☐ Adoptiv ☐ Lebenspartner

Familienname: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Geburtsort: _____

Beruf/Ausbildung: _____ Berufstätigkeit: _____

Anschrift, falls abweichend: _____

Tel. _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Vater: ☐ Stief- ☐ Pflege- ☐ Adoptiv ☐ Lebenspartner

Familienname: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Geburtsort: _____

Beruf/Ausbildung: _____ Berufstätigkeit: _____

Anschrift, falls abweichend: _____

Tel. _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Geschwister (auch Halb- und Stiefgeschwister)

Name: _____ geb. am: _____ Schule/Beruf: _____

☐ leiblich ☐ Stiefig. ☐ Halbg.

Name: _____ geb. am: _____ Schule/Beruf: _____

☐ leiblich ☐ Stiefig. ☐ Halbg.

Name: _____ geb. am: _____ Schule/Beruf: _____

☐ leiblich ☐ Stiefig. ☐ Halbg.

Was sind die Sorgen und Probleme Ihres Kindes und seit wann bestehen sie?

Was erwarten Sie von uns?

Wer gab die Empfehlung zur Vorstellung?

Wurde der Patient bereits **ambulant** oder **stationär** vorgestellt oder behandelt?

Im Jahr _____ wegen _____ wo _____

Im Jahr _____ wegen _____ wo _____

Frühere oder laufende ärztliche, psychologische, sozialpädagogische Untersuchungen, Beratungen (Erziehungsberatung, Jugendamt, Gesundheitsamt, Schulpsychologische Dienst usw.) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, an welche? Mit welchem Ergebnis? (Vorbefunde bitte mitbringen.)

Gibt es wichtige Vorerkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
--

Wenn ja, welche?

Gibt es Allergien?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Gab es Besonderheiten der Entwicklung während der Schwangerschaft/in der Säuglingszeit/im Kleinkindalter?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Erhält das Kind Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und seit wann und in welcher Dosierung?

Medikament

Dosierung

seit wann

Notfallmedikation - bei (teil-) stationärer Behandlung

In medizinischen Notfällen erfolgt in Rücksprache mit dem zuständigen Stations- oder Dienstarzt die Verabreichung einer Notfallmedikation. Weitere Medikation wird nur nach vorrangegangener Aufklärung und Einverständnis der Sorgeberechtigten verordnet.

Erhält oder erhielt Ihr Kind

wo und wann?

logopädische Behandlung:

☐ Ja ☐ Nein

krankengymnastische Behandlung:

☐ Ja ☐ Nein

ergotherapeutische Behandlung:

☐ Ja ☐ Nein

Spieltherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Psychotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

sonstige Therapie: _____

☐ Ja ☐ Nein

Hausarzt / Kinderarzt: _____

Soll der Haus-/Kinderarzt einen Arztbrief bekommen?

☐ Ja ☐ Nein

Erklärung zu sozialen Außenkontakten

Hiermit ordne ich an, dass mein Kind explizit keinen Kontakt zu _____ haben soll.

☐ telefonisch

☐ persönlich

(Eine Überwachung der Telefonkontakte während der Handynutzung kann nicht gewährleistet werden)

Bei welcher Krankenkasse ist das o. g. Kind versichert?

Name u. Ort der Krankenkasse: _____
Mitgl.-Nr.: _____
Name des Hauptversicherten: _____ geb. am _____
Anschrift: _____
Telefon Festnetz: _____ Mobil: _____
mail-Adresse: _____

Erklärung

Hiermit bestätige ich, dass das o. g. Kind bei der angegebenen Krankenkasse versichert ist.

Ich verpflichte mich zur Zahlung der entstehenden Kosten, soweit sie nicht von dem o. a. Kostenträger bezahlt werden. Sollte einer der beiden genannten Versicherungsnachweise eine Woche nach Ersttermin nicht beigebracht werden, bin ich mit einer Privatabrechnung der Leistungen einverstanden.

Als Privatpatient oder Selbstzahler trete ich hiermit die Leistungen meiner Versicherung bis zur Höhe der Klinikforderung für den Fall ab, dass weder ich noch meine Angehörigen in der Lage sind, die Klinikforderung zu bezahlen.

Datum: _____ Unterschrift d. Hauptversicherten: _____

Erfüllungsort und Gerichtsstand: Landshut

Als Sorgeberechtigte/r bin ich mit der Anmeldung, Untersuchung und Behandlung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im BKH Landshut einverstanden.

Bei Nichtabsage von vereinbarten Terminen 48h vorher, fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von 30€ an.

Ort, Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten/ Vormund

Unterschrift Patient/in (ab 14 Jahre)

Bei Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht müssen beide Elternteile unterschreiben.