

ANMELDEBOGEN

Bitte wählen Sie eine der Möglichkeiten aus:

☐ **Ambulanz** ☐ **Tagklinische Aufnahme** ☐ **Stationäre Aufnahme**

Bitte Standort eintragen:

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns, einen umfassenden Überblick über die gesundheitliche und entwicklungsbezogene Situation Ihres Kindes zu erhalten. So können wir gemeinsam die bestmögliche Unterstützung bieten. Bitte beantworten Sie die Fragen so sorgfältig wie möglich. Falls Sie Fragen haben oder etwas unklar ist, sprechen Sie uns jederzeit an. Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt.

Kind/ Jugendlicher (m/w/d)

Name und Vorname: Geburtsdatum: Geschlecht:

Anschrift:

Lebt aktuell bei: ☐ beiden Elternteilen ☐ leibl. Mutter ☐ leibl. Vater ☐ sonstig:

Staatsangehörigkeit: Geburtsort: Konfession:

Telefonnummer: E-Mail-Adresse:

Krankenkasse (Name und Ort): ☐ gesetzlich ☐ privat

Versicherten-Nr. des Kindes/ Jugendlichen:

Hauptversicherter: Geb. Datum:

Anschrift Hauptversicherter:

Telefonnummer: E-Mail-Adresse:

Name und Vorname Mutter: Geb. Datum:

Fam. Stand: Beruf:

Anschrift:

Telefonnummer: E-Mail-Adresse:

Name und Vorname Vater: Geb. Datum:

Fam. Stand: Beruf:

Anschrift:

Telefonnummer: E-Mail-Adresse:

Sorgeberechtigt: ☐ beide Elternteile ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Vormund (ggf. Namen):

Ergänzungspfleger/ sonstige Sorgeberechtigte (Name und Vorname):

Telefonnummer: E-Mail-Adresse:

- ☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Vermögensangelegenheiten ☐ Aufenthaltsbestimmung
☐ Wohnungsangelegenheiten ☐ Regelung des Postverkehrs

Weiter Bezugspersonen (falls vorhanden):

Name und Vorname: Geb. Datum:

- ☐ Stief- ☐ Pflege- ☐ Adoptiv- ☐ Lebenspartner

Beruf: Anschrift:

Telefonnummer: E-Mail-Adresse:

Name und Vorname: Geb. Datum:

- ☐ Stief- ☐ Pflege- ☐ Adoptiv- ☐ Lebenspartner

Beruf: Anschrift:

Telefonnummer: E-Mail-Adresse:

Geschwister (Leiblich (L), Halb- (H) und Stiefgeschwister (S))

Name: Geb. Datum: ☐ L ☐ H ☐ S

Schule/Beruf: Erkrankungen:

Name: Geb. Datum: ☐ L ☐ H ☐ S

Schule/Beruf: Erkrankungen:

Name: Geb. Datum: ☐ L ☐ H ☐ S

Schule/Beruf: Erkrankungen:

Name: Geb. Datum: ☐ L ☐ H ☐ S

Schule/Beruf: Erkrankungen:

Was sind Ihre **Sorgen** bzw. welche **Probleme** hat das Kind?

Seit wann bestehen sie?

Auf wessen Veranlassung erfolgt die Anmeldung?

Was ist Ihr **Anliegen** an uns?

Entwicklungsgeschichte: Welche Besonderheiten gab es während

- Schwangerschaft/ Geburt:

- Kleinkindzeit:

Besonderheiten in der Entwicklung (z.B. Motorik, Sprache):

Welche **Schule** und **Klasse** besucht das Kind. Bestehen Lern- und/ oder Verhaltensprobleme?
Oder beschreiben Sie das aktuelle Ausbildungsverhältnis (falls vorhanden)?

Besucht das Kind eine **Tagesstätte**? Wenn ja, welche?

Ist das Kind fremduntergebracht gewesen? Wenn ja, wo und wann?

Frühere Krankheiten (auch Kinderkrankheiten, Unfälle usw.)

Frühere oder laufende ärztliche, psychologische, sozialpädagogische Untersuchungen, Beratungen
(Erziehungsberatung, Jugendamt, Gesundheitsamt, Schulpsychologischer Dienst usw.)

Wurde das Kind bereits **ambulant** oder **(teil-) stationär** vorgestellt oder behandelt?

Im Jahr wegen wo

Im Jahr wegen wo

Im Jahr wegen wo

Erhält das Kind **Medikamente**? Wenn ja, welche und seit wann?

Behandelnde/r **Kinderarzt/-ärztin, Hausarzt/-ärztin** oder **Kinder- und Jugendpsychiater/in**:

Gibt es **Allergien** oder **Unverträglichkeiten**?

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.

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)

Das Kind wurde angemeldet von:

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 am ausgewählten Standort einverstanden.

Bei Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht müssen beide Elternteile unterschreiben.

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

Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigter

Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigter

Ort, Datum Vormund

Ort, Datum Unterschrift Patient (ab 14 Jahren)