

Rüdiger Barnert

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Theresienstr. 25 * 85049 Ingolstadt * Tel. 0841/9939146 * Fax 0841/9939147

Personalbogen

Kind:

Name: geb. am:
Staatsangehörigkeit: Geb.-Ort:
Adresse u. Wohnort: Telefon:
Krankenkasse: Kinder-/Hausarzt:
Sorgeberechtigte:

Leibliche Eltern:

Mutter:

Name: geb. am:
Staatsangehörigkeit:
Adresse: Telefon:
Berufsausbildung/derzeitige Tätigkeit:

Vater:

Name: geb. am:
Staatsangehörigkeit:
Adresse: Telefon:
Berufsausbildung/derzeitige Tätigkeit:

Stief-/Pflege-/Adoptiveltern:

Mutter:

Name: geb. am:
Staatsangehörigkeit:
Adresse: Telefon:
Berufsausbildung/derzeitige Tätigkeit:

Vater:

Name: geb. am:
Staatsangehörigkeit:
Adresse: Telefon:
Berufsausbildung/derzeitige Tätigkeit:

Geschwister (auch Stiefgeschwister):

1. Name: _____ geb. am: _____ Schule/Kiga: _____
2. Name: _____ geb. am: _____ Schule/Kiga: _____
3. Name: _____ geb. am: _____ Schule/Kiga: _____
4. Name: _____ geb. am: _____ Schule/Kiga: _____

Kindergarten: _____ von: _____ bis: _____

Besuchte Schulen:

1. Schule: _____ von: _____ bis: _____
2. Schule: _____ von: _____ bis: _____
3. Schule: _____ von: _____ bis: _____

Was sind die Sorgen und Probleme Ihres Kindes?

Die Vorstellung wurde angeregt durch?

Gab es in der Vorgeschichte bereits andere Untersuchungen / Beratungen? Wenn ja, wann und wo?

Frühere Erkrankungen, Unfälle oder stationäre Behandlungen:

1. Erkrankung:	Behandlung von/bis:	Klinik:
2. Erkrankung:	Behandlung von/bis:	Klinik:

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche?

Wurden bereits andere therapeutische Behandlungen durchgeführt?

1. Ergotherapie	von:	bis:
2. Logopädie	von:	bis:
3. andere	von:	bis:

Besteht derzeit eine laufende sozialpsychiatrische Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung?

ja nein

Wir sind damit einverstanden, dass die Praxis Barnert über E-Mail Kontakt zu uns aufnehmen darf, z. B. für Terminerinnerungen o. ä.

ja nein

E-Mail: _____

Unterschrift aller Sorgeberechtigten: _____

(wird nur eine Unterschrift geleistet, wird davon ausgegangen, dass der/die weitere/n Sorgeberechtigten mit der Untersuchung / Behandlung einverstanden sind.)

Der unterschreibende Elternteil verpflichtet sich, den anderen sorgeberechtigten Elternteil über die Untersuchungsergebnisse zu informieren)