

Rüdiger Barnert
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

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

Anmeldebogen

1. Angaben zum Kind/Jugendlichen:

Name: _____

geb. am: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Geburtsort: _____

Telefon: _____

Adresse u. Wohnort: _____

Krankenkasse: _____

Kinder-/Hausarzt: _____

2. Angaben zur Familie

Mutter:

Das Kind ist mein ☐ eigenes Kind ☐ Pflegekind ☐ Adoptivkind

Name: _____

geb. am: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Adresse u. Wohnort: _____

Beruf: _____

Vater:

Das Kind ist mein ☐ eigenes Kind ☐ Pflegekind ☐ Adoptivkind

Name: _____

geb. am: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Adresse u. Wohnort: _____

Beruf: _____

Sorgeberechtigte Personen:

☐ Beide ☐ Mutter ☐ Vater

☐ Vormund / andere Sorgeberechtigte*

dessen Kontaktdaten (Name, Anschrift, Telefonnummer):

*Falls eine Pflege-/Vormundschaft vorliegt, bitte Bestattungsurkunde beilegen.

Geschwister (auch Halb- & Stiefgeschwister)

Name, Geburtsdatum: _____

Name, Geburtsdatum: _____

Name, Geburtsdatum: _____

Name, Geburtsdatum: _____

Ist ihr Kind derzeit in einem SPZ, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung angebunden?

☐ Nein ☐ Ja, in _____

3. Soziales Umfeld

Besucht Ihr Kind eine(n) ...?

☐ Kindergarten ☐ Schule ☐ Hort
☐ SVE ☐ HPT ☐ OGS

Name der Einrichtung: _____

Adresse der Einrichtung: _____

Telefonnummer: _____

Aktuell besucht mein Kind die Einrichtung seit _____, für _____ Stunden am Tag.

4. Aktuelle/Medizinische Fragen

Die Vorstellung wurde angeregt durch? _____

Was sind die Sorgen und Probleme Ihres Kindes? _____

Gab es früher bereits andere Untersuchungen, Beratungen oder stationäre Behandlungen?

☐ Nein

☐ Ja in / bei:

Klinik, Praxis etc: _____ vom: _____ bis zum _____
(Datum) (Datum)

Klinik, Praxis etc: _____ vom: _____ bis zum _____
(Datum) (Datum)

Nimmt ihr Kind Medikamente?

☐ Nein ☐ Ja, _____

Wurden bereits andere therapeutische Behandlungen durchgeführt?

☐ Nein

☐ Ja

Ergotherapie bei:	_____	von:	_____	bis:	_____
Logopädie bei:	_____	von:	_____	bis:	_____
Andere/sonstiges bei:	_____	von:	_____	bis:	_____

Sind Sie damit einverstanden, dass die Praxis Barnert über E-Mail Kontakt zu Ihnen aufnimmt, z. B. für Terminerinnerungen o. ä.?

☐ Nein ☐ Ja

Hinweise zum Datenschutz

Bitte beachten sie hierzu auch unsere Informationen auf unserer Website oder unseren Aushang im Wartebereich in der Praxis.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unser Praxisteam.

Zustimmung zur Behandlung:

Ohne die Einwilligung beider Erziehungsberechtigter ist eine Untersuchung Ihres Kindes bei uns aus rechtlichen Gründen nicht möglich!

Ich (Erziehungsberechtigter 1) _____ erkläre mich damit einverstanden, dass o.g. Kind in der Praxis Barnert behandelt wird.

Ich (Erziehungsberechtigter 2) _____ erkläre mich damit einverstanden, dass o.g. Kind in der Praxis Barnert behandelt wird.

Ingolstadt, den _____

Wenn ein Dolmetscher benötigt wird, müssen Sie diesen selbst organisieren und mit zu Ihrem Terminen bringen.