

# Anmeldung KJPD

## Personalienblatt

### Patient

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geschlecht: w  m  Konfession: .....

Adresse/Ort: .....

Telefonnummer: ..... Natel: .....

E-Mail: ..... Staatsangehörigkeit: .....

**Krankenkasse:** ..... Vers.-Nr.: .....

Sektion: ..... Hausarztmodell Ja  Nein

**IV-Nr.:** ..... Verfügung: nein  ja  (wenn ja, bitte Kopie mitbringen)

**Kinder-/Hausarzt** Name, Ort .....

Für die Abklärung/Behandlung Ihres Kindes ist ein Austausch zwischen dem KJPD und Ihrem Kinder-/Hausarzt sehr hilfreich. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, würden wir uns mit oben genanntem Arzt in Verbindung setzen. Ja  Nein

Telefonnummer: ..... E-Mail: .....

**Schule/Kindergarten** Name, Ort: .....

**Schulleitung/Lehrperson** Name(n): .....

Telefonnummer: ..... E-Mail: .....

**Anmeldegrund:** .....

.....

.....

### Geschwister des Patienten (Leibliche Geschwister, Halbgeschwister, Stiefgeschwister)

Im gleichen **Haushalt** lebend? *Zutreffendes bitte ankreuzen.*

Vorname:	Geburtsdatum:	L	H	St	Haushalt
1. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Eltern

Name(n), Vorname der **Mutter**: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: ..... Natel: .....

Geburtsdatum: ..... E-Mail: .....

Konfession: ..... Erlernter Beruf: .....

Erwerbstätigkeit in Prozent: ..... Arbeitgeber: .....

Name, Vorname des **Vaters**: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: ..... Natel: .....

Geburtsdatum: ..... E-Mail: .....

Konfession: ..... Erlernter Beruf: .....

Erwerbstätigkeit in Prozent: ..... Arbeitgeber: .....

**Sorgerecht:** gemeinsam  Mutter  Vater

---

## Bei getrennt lebenden Eltern zusätzliche wichtige Adressen

Stiefelternteil oder  Lebenspartner(in):

Name, Vorname: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: ..... Natel: .....

Geburtsdatum: ..... Erlernter Beruf: .....

**Werden Sie zusätzlich unterstützt durch das Sozialamt, die Vormundschaftsbehörde oder die Jugendanwaltschaft?** Nein  Ja

Wenn ja: Unterstützung durch Sozialarbeiter  Erziehungsbeistandschaft

Obhutsentzug  Sorgerechtsentzug

Name, Vorname: .....

Adresse: .....

E-Mail: .....

Telefonnummer: ..... Natel: .....

**Datum:** ..... **Unterschrift:** .....