

MVZ Bielefeld am EvKB gGmbH  
 Bereich Kinder- u. Jugendpsychiatrie  
 Gadderbaumer Str. 41  
 33602 Bielefeld  
 Tel.: 0521/ 772-78405  
 Fax: 0521/ 772-78382  
 Mail: kjpp@mvz-bi.de



E. Dost, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie

<b>Anmeldebogen</b>
---------------------

**Patient:**

Vorname des Kindes:	
Name:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Krankenkasse: <i>(bei Privatversicherten: Wer ist Hauptversicherter?)</i>	
Telefonnummer:	

**Angaben zur Familie:**

<b>Mutter:</b>	Vor- und Nachname:		
	Geburtsjahr / Beruf:		
	Anschrift:		
	Telefon / Mail:		
<b>Vater:</b>	Vor- und Nachname:		
	Geburtsjahr / Beruf:		
	Anschrift:		
	Telefon / Mail:		
<b>Verheiratet seit:</b>			
<input type="checkbox"/> Getrennt seit:			
<input type="checkbox"/> Geschieden seit:			

**Sorgerecht liegt bei:**    **Mutter**    **Vater**    \_\_\_\_\_

Wenn eine abweichende Sorgerechtsituation besteht, bitte begründen und ggf. Familiengerichtliches Urteil in Kopie beifügen.
---

Kind lebt bei:	
Geschwister:	
Alter / Geschlecht der Geschwister:	

**Kindergarten / Schulische Situation:**

<input type="checkbox"/> Kindergarten	
<input type="checkbox"/> Schule	
Klasse:	
Schultyp:	
Wiederholungen:	
Empfehlung nach der 4.Klasse:	
Schulische Leistungen:	
Besonderheiten:	

**Vorstellungsgründe:**

<p>Was sind die aktuellen Gründe der Vorstellung? Welches Verhalten oder welche körperliche Beschwerden zeigt Ihr Kind?</p>
---

**Weitere Hilfen:**

Bitte ankreuzen und Ansprechpartner benennen.		
<input type="checkbox"/> Jugendamt	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Sozialamt	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Schule	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Kinderarzt	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Psychologe	Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Sonstige	Ansprechpartner:	
Welche Empfehlungen haben Sie erhalten? Mit welchem Erfolg?		

**Ihr Auftrag an uns:**

Welche Wünsche oder Vorstellungen haben Sie an uns, wie wir Sie unterstützen können?

**Die Unterschriften aller Sorgeberechtigten sind zwingend erforderlich!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift