

Katholische Jugendfürsorge der Diözese Augsburg e.V.  
Josefinum · Kapellenstraße 30 · 86154 Augsburg

Katholische Jugendfürsorge  
der Diözese Augsburg e.V.

## Josefinum

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und –psychotherapie  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Chefärztin Prof. Dr. med. M. Noterdaeme  
Kapellenstraße 30  
86154 Augsburg

Telefon 0821 2412-435, -436  
[kjp-augsburg@josefinum.de](mailto:kjp-augsburg@josefinum.de)

Ihr Zeichen

Unser Zeichen

Ihre Nachricht vom

Augsburg,

### ELTERNINFORMATION

Sehr geehrte Eltern,

in der Anlage erhalten Sie das Anmeldeformular für eine Untersuchung Ihres Kindes in der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am JOSEFINUM in Augsburg. Bitte schicken Sie den Anmeldebogen **umgehend** zurück, damit wir Sie möglichst zeitnah in der Anmelde-Liste registrieren können. Wir bitten um Verständnis dafür, dass Sie **keine eigene Eingangsbestätigung** erhalten. Vor dem geplanten Untersuchungstermin wird sich unser Sekretariat telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen, um den Termin verbindlich festlegen zu können. Die Wartezeit richtet sich nach der Dringlichkeit. **Dieses Schreiben ist für Sie, bewahren Sie es bis zum Vorstellungstermin in unserer Klinik gut auf.**

**Bitte bringen Sie zum Erstvorstellungstermin mit:**

- Gültige Versicherungskarte
- Mutterpass
- Gelbes Vorsorgeheft (in Kopie)
- Alle vorhandenen Schulzeugnisse (in Kopie)
  - Ihnen vorliegende ärztliche oder psychologische Vorbefunde Ihres Kindes (in Kopie). Vorbefunde können Sie in der Regel bei den Vorbehandlern oder den behandelnden Haus- oder Kinderärzten selbst anfordern.

Bitte erklären Sie Ihrem Kind, warum es bei uns untersucht werden soll, damit es sich darauf einstellen kann. Für den ersten Termin sollten Sie mindestens zwei Stunden einplanen. Voraussichtlich werden weitere Termine erforderlich sein.

Falls Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie – wenn möglich - mindestens zwei Wochen vorher Bescheid zu geben. Für eventuelle Rückfragen steht Ihnen unser Sekretariat zur Verfügung.

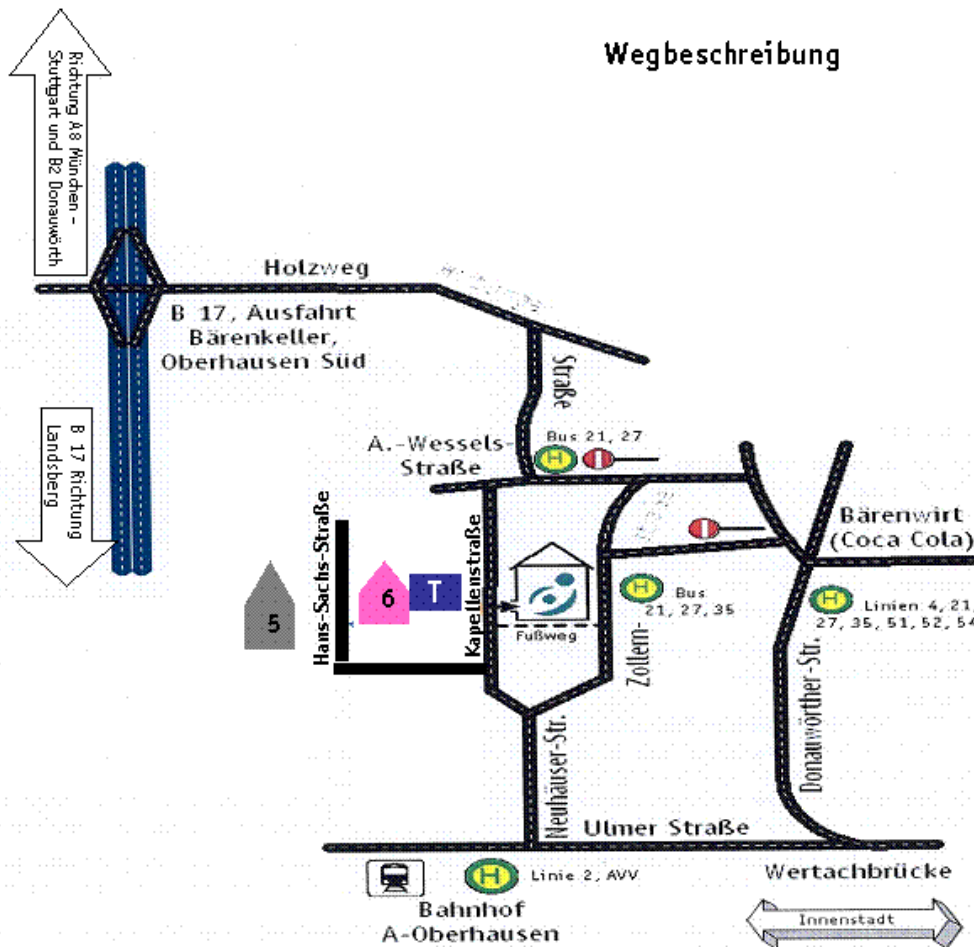
In **dringenden Notfällen** außerhalb der Arbeitszeiten kontaktieren Sie bitte den Dienstarzt unserer Klinik unter der Nummer 0821 / 2412 - 0 (Empfang JOSEFINUM)

Mit freundlichen Grüßen

Ihr JOSEFINUM

Wegbeschreibung siehe Rückseite

## Wegbeschreibung



### JOSEFINUM

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

86154 Augsburg

Kapellenstraße 30

Telefon: (0821) 2412 - 435

Ambulanz:

Hans-Sachs-Straße 6

Anton-Bruckner-Straße 3

Telefon: (0821) 2412 - 436

-----  
*Datum des Ausgang*

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und  
Psychotherapie**  
Sekretariat  
Kapellenstraße 30  
86154 Augsburg

**Nur von der Klinik auszufüllen!**

NFA  Allg  Entw  Su/TR  Reg  Mig  PsySo/Ess   
**Behandler:** ..... **Termin:** .....

**Anmeldung zur Ambulanzsprechstunde**

Liebe Eltern!

Sie erleichtern uns und sich selbst die vorgesehene Untersuchung Ihres Kindes, wenn Sie nachstehende Fragen vollständig beantworten und den Bogen zeitnah an uns zurücksenden. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Kindes/Jugendlichen Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer privat Telefonnummer dienstlich Mobiltelefon Faxnummer  
(Mit der Bitte um Zeitangabe, wann erreichbar)

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse (gesetzlich oder privat) Hauptversicherter Geb.Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname der Mutter Geb. Mutter Fam. Stand Beruf

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Mutter

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Vaters Geb. Vater Fam. Stand Beruf

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Vaters

\_\_\_\_\_  
Geburtsort des Patienten Staatsangehörigkeit Konfession Geschlecht

**Sorgerecht:**  Eltern  Vater  Mutter  Vormund (ggf. Name)

\_\_\_\_\_

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

Seit wann bestehen sie?

**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- oder Verhaltensprobleme?

Besucht das Kind eine Tagesstätte? Wenn ja, welche?

War das Kind in **Heimen** untergebracht? Wenn ja, in welchen 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 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?

**Geschwister (Bitte Vorname, Geburtsdatum, Schulklasse/Beruf angeben)**

**Behandelnder Kinderarzt bzw. Hausarzt:**

Das Kind wurde angemeldet von:

Liebe Eltern,

zur Unterstützung unserer Arbeit bei Diagnostik, Beratung und Behandlung bitten wir Sie, Vorbefunde zu ihrem Kind, soweit Sie Ihnen vorliegen, z.B. Befundberichte, Testbefunde, Untersuchungsergebnisse, zum Erstgespräch mitzubringen. Sie können ärztliche und psychologische Vorbefunde in der Regel auch bei den Vorbehandlern oder den behandelnden Haus- oder Kinderärzten anfordern. Vielen Dank!

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift erkläre ich, dass ich als Sorgeberechtigte/r (gesetzlicher Vertreter des Kindes) mit der ambulanten Vorstellung zur Diagnostik, Beratung und Behandlung einverstanden bin.

-----  
*Ort, Datum*

-----  
*Unterschrift gesetzlicher Vertreter 1)*

-----  
*Ort, Datum*

-----  
*Unterschrift gesetzlicher Vertreter 1)*

1) Grundsätzlich ist es notwendig, dass beide Eltern (Sorgeberechtigte) unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert der/die Unterzeichnete zugleich, dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen Elternteil (bzw. weiterem gesetzlichen Vertreter) handelt oder dass er/sie das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Vielen Dank,  
Ihre Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie