

Katholische Jugendfürsorge der Diözese Augsburg e.V.
Josefinum · Haubensteigweg 40 · 87439 Kempten

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

Haubensteigweg 40
87439 Kempten

Telefon 0831 52339-0

kjp-kempten@josefinum.de

Ihr Zeichen

Unser Zeichen

Ihre Nachricht vom

Kempten,

ELTERNINFORMATION

Sehr geehrte Eltern,

in der Anlage erhalten Sie das Anmeldeformular für die Untersuchung Ihres Kindes in der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am JOSEFINUM in Kempten. 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)
- Impfausweis
- 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 Rückfragen steht Ihnen unser Sekretariat zur Verfügung.

In **dringenden Notfällen** außerhalb der Arbeitszeiten kontaktieren Sie bitte die Jugendstation unserer Klinik unter der Nummer 0831/52339-115.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr JOSEFINUM

Datum des Ausgang

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie**
Sekretariat
Haubensteinweg 40
87439 Kempten

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