

---

## Anmeldung zum Ersttermin

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenkasse versichert? \_\_\_\_\_

Mit:  Vater  Mutter Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  sonstige: \_\_\_\_\_

Wer hat das Sorgerecht?  beide Eltern  Mutter  Vater  sonstige: \_\_\_\_\_

Schule / Kindergarten: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in einer Nachmittagsbetreuung oder einer Jugendhilfemaßnahme?

- Ja: \_\_\_\_\_
- Nein

Welche Problematik liegt vor? Was ist Ihr Abklärungswunsch?

---

---

---

Seit wann besteht das Problem? \_\_\_\_\_

Von wem sind Sie zu uns geschickt worden? \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung? Wenn ja, wann und wo?

---

Gibt es andere Vorbefunde?

- Ja von \_\_\_\_\_
- Nein

Liegt eine akute Gefährdung vor? Wenn ja welche?

---

---

---

Was erscheint Ihnen außerdem wichtig uns vor dem ersten Termin mitzuteilen?

---

---

---

Regensburg, den \_\_\_\_\_

---

(Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrieben von:

- Vater
- Mutter
- Vormund
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie zum Ersttermin folgende Unterlagen mit:

- Versichertenkarte
- Gelbes Untersuchungsheft
- Vorbefunde (z.B. Ärzte/Kliniken/Logopädie/Ergotherapie)
- Zeugniskopien
- Schulhefte
- Einwilligung aller Sorgeberechtigten in die kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung