

Anmeldebogen für Kinder und Jugendliche

Angaben zum Kind

Vorname- u. Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Versichert bei (Mutter/Vater/selbst): _____

Mitgliedsnummer des Hauptversicherungsnehmers (Mutter / Vater): _____

Kindergarten / Schule, Klasse: _____

Berufsausbildung: _____

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? _____

Schildern Sie bitte kurz die Gründe der jetzigen Vorstellung des Kindes:

Wo wurde oder wird ihr Kind aktuell noch behandelt? (Krankenhaus, Ärzte, Psychotherapeuten, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, SPZ, Jugendamt...) **BITTE BRINGEN SIE VORHANDENE BERICHTE MIT**

Name und Ort	Behandlungszeitraum
--------------	---------------------

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Angaben zu den leiblichen Eltern

Mutter:

Vorname- u. Nachname: _____ Geburtsjahr: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Tel.: _____ Handy: _____

Vater:

Vorname- u. Nachname: _____ Geburtsjahr: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Tel.: _____ Handy: _____

Sorgerecht

☐ gemeinsames Sorgerecht

☐ alleiniges Sorgerecht Mutter

☐ alleiniges Sorgerecht Vater

☐ sonstiges: _____