

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und –psychotherapie  
Chefärztin: Priv. Doz. Dr. Angela Plass-Christl  
Elisabeth-Flügge-Str. 1 \* 22337 Hamburg  
Telefon: 5077 – 4963 \* Fax: 5077 - 4810  
eMail: [anmeldung-kjp@alsterdorf.de](mailto:anmeldung-kjp@alsterdorf.de)

---

## Anmeldebogen

---

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht: weiblich  männlich   
Straße/Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ (priv.) \_\_\_\_\_ (mobil)  
Fax: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung/-kasse: \_\_\_\_\_  
Über wen ist das Kind versichert: \_\_\_\_\_  
Behandelnder Kinderarzt (Name, Adresse, Kontaktdaten): \_\_\_\_\_

---

Findet zurzeit eine Behandlung in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie – und psychotherapie  
oder einem Sozialpädiatrischen Zentrum statt?

Nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

---

Bitte fügen Sie aktuelle Berichte dieser Praxis, sowie eine Empfehlung des Arztes oder Therapeuten zur  
stationären / teilstationären Behandlung in Kopie bei

Erziehungsberechtigte:

	Mutter	Vater	Andere
Name:	_____	_____	_____
Vorname:	_____	_____	_____
Geb. am	_____	_____	_____
Anschrift:	_____	_____	_____

(falls abweichend  
von o.g. Anschrift)

**Die Anmeldung gilt für eine**

ambulante Behandlung  stationäre Behandlung  teilstationäre / tagesklinische Behandlung

**Bitte erläutern Sie den Anlass der Vorstellung Ihres Kindes:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Fragebogen zur Lebensgeschichte Ihres Kindes:**

Dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Es erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung; deshalb möchten wir Sie bitten, diese Fragen so genau wie möglich zu beantworten.

Sollten Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Bogens haben oder Fragen auftauchen, sind wir Ihnen gerne behilflich – entweder im Rahmen eines Vorgesprächs in der Klinik oder telefonisch unter 040 5077 4963.

Ihre Angaben werden selbstverständlich in der gleichen, streng vertraulichen Weise behandelt, wie alle Ihre anderen persönlichen Mitteilungen während der Beratung und Behandlung.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Engagement!

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

**Schwangerschaft:**

- komplikationslos  
 Komplikationen, z.B.  hoher Blutdruck  Diabetes  Blutungen  drohende Fehlgeburt  
 Infektionskrankheiten  Medikamenteneinnahme,  sonstige und zwar: \_\_\_\_\_

**Geburt:** Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_; Länge bei Geburt \_\_\_\_\_ cm; Gewicht \_\_\_\_\_ g; Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm

**Geburtsverlauf:**  normal  Saugglocke  Kaiserschnitt  Zange  komplikationslos  
 Komplikationen und zwar: \_\_\_\_\_

**Entwicklung:** Freies Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten  
Freies Sprechen mit \_\_\_\_\_ Monaten

**Gab oder gibt es Auffälligkeiten / Probleme:**

- In der **Sprachentwicklung:**  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
- Beim **Hören:**  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
(z.B. nach Mittelohrentzündung, Röhrrchen etc.)  
- Beim **Sehen:**  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
(z.B. Brille)  
- In der **Sauberkeitserziehung:**  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
- In der **motorischen Entwicklung:**  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Angaben zu Vorerkrankungen Ihres Kindes:**

Bisherige Erkrankungen / Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_

Allergien / Unverträglichkeiten     nein     ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum) \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme \_\_\_\_\_

**Gab oder gibt es Behandlungen durch Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie o.ä.:**

nein     ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Falls ja: Bitte reichen Sie vorhandene Briefe / Befunde in Kopie ein!

**Besteht Kontakt zum Allgemeinen Sozialen Dienst (Jugendamt):**

nein     ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Nahmen oder nehmen Sie Unterstützungsmaßnahmen durch den ASD (Familienhilfe, Erziehungsbeistand) in Anspruch:**

nein     ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Kindergarten- und Schulbesuch:**

Wurde bzw. wird Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtungen betreut (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Krippe     Krabbelgruppe     Kindergarten     Kinderhort     Sonderkindergarten     unbekannt

andere: \_\_\_\_\_

**Welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind und welche besucht es jetzt?**

A. Kindergarten, Spielgruppen oder Sonderkindergarten    seit wann    bis  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gab oder gibt es Probleme beim Besuch der Einrichtung, und wenn ja, welche:

---

---

---

B. Schule oder Sonderschule

seit wann

bis

---

---

---

Gab oder gibt es Probleme beim Besuch der Einrichtung, und wenn ja, welche:

---

---

---

Schul- / Ausbildungsbesuch (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- regelrecht  einmal wiederholt  mehrmals wiederholt  Wiederholung und Umschulung  
 Abbruch

**Lebens- und Wohnsituation des Kindes:**

Leben beide leiblichen Elternteile (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Beide Eltern leben  Vater gestorben  unbekannt hinsichtlich Vater  Mutter gestorben  
 unbekannt hinsichtlich Mutter  beide gestorben  unbekannt hinsichtlich beider Eltern

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Leben zusammen  getrennt / geschieden  durch Tod getrennt  haben nie zusammengelebt

Derzeitige Wohnsituation: Das Kind wohnt zur Zeit mit..... (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- leiblicher Mutter  Stiefmutter  Adoptivmutter  Pflegemutter  Großmutter  sonstiger Ersatzmutter  keiner Mutter  
 leiblichem Vater  Stiefvater  Adoptivvater  Pflegevater  Großvater  sonstiger Ersatzvater  keinem Vater  
 leiblichen Geschwistern  Stiefgeschwistern  Adoptivgeschwistern  sonstigen Ersatzgeschwistern  keinen Geschwistern

Kinderzahl der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie (bitte eintragen): \_\_\_\_\_

Stellung in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Einzelkind  jüngstes Kind  mittleres Kind  ältestes Kind  lebt nicht in einer Familie

Leibliche Geschwister (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

Name, Vorname	geboren am	Schule/Beruf	ggf. bes. Probleme/Erkrankungen
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

**Berufstätigkeit der Eltern:**

**Vater:** Bitte Zutreffendes ankreuzen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ganztags erwerbstätig | <input type="checkbox"/> Ausbildung / Umschulung |
| <input type="checkbox"/> arbeitssuchend        | <input type="checkbox"/> Schichtarbeiter         |
| <input type="checkbox"/> im Haushalt tätig     | <input type="checkbox"/> Rentner                 |
| <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt   | <input type="checkbox"/> Andere: _____           |

**Mutter:** Bitte Zutreffendes ankreuzen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ganztags erwerbstätig | <input type="checkbox"/> Ausbildung / Umschulung |
| <input type="checkbox"/> arbeitssuchend        | <input type="checkbox"/> Schichtarbeiter         |
| <input type="checkbox"/> im Haushalt tätig     | <input type="checkbox"/> Rentner                 |
| <input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt   | <input type="checkbox"/> Andere: _____           |

**Erkrankungen der Eltern:**

Psychische Erkrankungen  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankungen  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Schweigepflichtentbindung:**

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf bei Bedarf die Berichte der oben genannten Einrichtungen anfordern kann und nach Abschluss der Untersuchung den Arztbrief an den überweisenden Arzt oder an einen von den Eltern benannten neuen zuständigen Kinderarzt senden kann.

Diese Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden.

Es sind **alle** Erziehungsberechtigten mit der geplanten Behandlung einverstanden:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aller Erziehungsberechtigten