



Praxis für Kinder & Jugendpsychiatrie
und -Psychotherapie
Dr. - medic. Alexandru C. Coman
Facharzt für Kinder & Jugendpsychiatrie
Suchtmedizinische Grundversorgung
Mussinonstr. 31, 94327 Bogen
Tel. 09422-2039504, Fax 09422- 2039505
Email: info@kjp-straubing-bogen.de, www.kjp-straubing-bogen.de

Anmeldung zur Ambulanzsprechstunde/ Erstgespräch

Liebe Eltern & Sorgeberechtigte,

wir bitten Sie, den nachfolgenden Anmeldebogen bearbeitet und **von allen Sorgeberechtigten unterschrieben** zum vereinbarten Termin mitzubringen oder zu zusenden. Alle Daten obliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und unterliegen allen Datenschutz-rechtlichen Bestimmungen. Benötigt werden außerdem Impf-Heft, U-Heft, Zeugnisse und wenn vorhanden, Vorbefunde oder andere relevante Unterlagen wie z. B. Sonnenkalender, Schlaftagebuch etc.

_____	_____
Name und Vorname des Kindes	Geburtsdatum
_____	_____
Adresse	Telefonnummer (privat, dienstl., mobil) beste Erreichbarkeit
_____	_____
Krankenkasse/Versichertennummer	Hauptversicherter

Sorgerecht liegt bei: (Eltern, Mutter, Vater, Vormund...): _____

_____	_____	_____	_____
Name & Vorname Mutter	Geb. Datum	Familienstand	Beruf

_____	_____	_____
Adresse	Tel. Nr./mobil	email Adresse

_____	_____	_____	_____
Name & Vorname Vater	Geb. Datum	Familienstand	Beruf

_____	_____	_____
Adresse	Tel. Nr./mobil	email Adresse

Eltern getrennt/geschieden-wenn ja seit wann? _____ Kind lebt überwiegend bei: _____



Praxis für Kinder & Jugendpsychiatrie
und -Psychotherapie
Dr. - medic. Alexandru C. Coman
Facharzt für Kinder & Jugendpsychiatrie
Suchtmedizinische Grundversorgung
Mussinanstr. 31, 94327 Bogen
Tel. 09422-2039504, Fax 09422- 2039505
Email: info@kjp-straubing-bogen.de, www.kjp-straubing-bogen.de

Anmeldung zur Ambulanzsprechstunde/ Erstgespräch

Vorstellungsgrund & Wünsche an die Praxis (kurze Erläuterung genügt):

Bisherige Therapien:

Logopädie (), Ergotherapie (), Kinder & Jugendpsychiatrische Behandlung (), Familienhilfe (), Erziehungsberatung ()

Sonstige (), bitte ankreuzen und bitte Adressdaten, Ansprechpartner & Telefonnummer angeben:

Behandlungseinwilligung:

Hiermit gebe ich/wir: _____ (Name der /des Sorgeberechtigten)

Das Einverständnis zur Kinder & Jugendpsychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung für das Kind

Name & Vorname des Patienten Geb. Datum.

In der Praxis für Kinder -und Jugendpsychiatrie & suchtmedizinische Grundversorgung Dr. medic Alexandru Coman,

Mussinanstrasse 31, 94327 Bogen.

Das Kind wurde angemeldet bzw. überwiesen von: _____

Wurde die Praxis empfohlen? Wenn ja von wem? _____

Ich/wir sind damit einverstanden per email bzw.SMS kontaktiert/informiert zu werden () ja () nein

Falls das Sorgerecht bei mehreren Personen, auch bei getrenntlebenden Eltern, oder Institutionen liegt, ist es **zwingend erforderlich**, dass **alle Sorgeberechtigten** unterschreiben!

Ort, Datum:

Unterschrift d. gesetzl. Vertreters (**Vater**) und Unterschrift gesetzl. Vertreters (**Mutter**) ggf. Vormund