

**Zentrum für Psychosoziale Medizin**  
Chefarzt für den Bereich  
Kinder und Jugendliche:  
Dr. med. Dirk Naumann

Kinder- und Jugendpsychiatrische  
Institutsambulanz  
Lornsenplatz 2-6 (1. OG)  
25524 Itzehoe  
Oberärztin:  
Dr. med. Annegret Eckhart-Ringel  
Anmeldung unter:  
Telefon: +49 4821 772-6210  
[PIA-KJP@KH-Itzehoe.de](mailto:PIA-KJP@KH-Itzehoe.de)

Liebe Sorgeberechtigten,

zur Vorbereitung einer Terminvereinbarung bitten wir Sie darum, den Anmeldebogen vollständig auszufüllen und uns an folgende Adresse zurückzuschicken.

**Klinikum Itzehoe**

**Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz**  
Lornsenplatz 2-6  
25524 Itzehoe

Wir nehmen im Anschluss Kontakt mit Ihnen auf.

Bitte geben Sie unbedingt eine aktuelle Telefonnummer an.

Bei geteiltem Sorgerecht benötigen wir eine Einverständniserklärung beider Elternteile zum Einverständnis in die Behandlung.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz

## Anmeldebogen

Vorstellungsdatum: \_\_\_\_\_ Termin bei: \_\_\_\_\_  
 Wird von der Institutsambulanz ausgefüllt

Fragebogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ von:  Mutter  Vater  andere \_\_\_\_\_

<b>Kind / Jugendlicher</b>	
Vor- und Nachname des Kindes:	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum	
Adresse	Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> Leiblicher Mutter <input type="checkbox"/> Leiblichem Vater <input type="checkbox"/> Wechselmodell <input type="checkbox"/> Adoptiveltern, seit: _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeltern, seit: _____ <input type="checkbox"/> Wohngruppe, seit: _____ <input type="checkbox"/>
GdB / Pflegegrad	Grad der Behinderung (mit Merkzeichen): _____ Pflegegrad: _____
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfe in Prozent: _____ Name Versicherung: _____ Hauptversicherter (vollständiger Name + Geb.Datum): _____
Name Kinderärztin/ Kinderarzt:	
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Sonstige Sorgeberechtigte: _____

<b>Familie</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>Leibliche Mutter</b> <input type="checkbox"/> <b>Adoptivmutter</b> <input type="checkbox"/> <b>Pflegemutter</b>	<input type="checkbox"/> <b>Leiblicher Vater</b> <input type="checkbox"/> <b>Adoptivvater</b> <input type="checkbox"/> <b>Pflegevater</b>
Vor- und Nachname		
Aktuelle Anschrift		
Telefon		
E-Mail-Adresse		
Geburtsdatum (Alter)		
<b>Lebenssituation der Eltern</b>		
<input type="checkbox"/> zusammen lebend, seit: _____		<input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit: _____
<input type="checkbox"/> verheiratet lebend, seit: _____		<input type="checkbox"/> geschieden lebend, seit: _____
<input type="checkbox"/> andere Familienkonstellation: _____		
<b>Wie viel Geschwister hat Ihr Kind?</b>		

## **Vorstellungsanlass und Problembereiche**

Vorstellung veranlasst durch:

- Eltern    Kinderarzt/Hausarzt    Therapeut: \_\_\_\_\_  
 Schule    Kindergarten    \_\_\_\_\_

Hauptproblem / Vorstellungsanlass:

Wann traten die bestehenden Probleme erstmals auf?

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?

Ziel der Vorstellung:

## **Bisherige Lösungsversuche / Behandlungen**

Welche Empfehlungen wurden bisher ausgesprochen (von Kinderarzt, Schule, Therapeuten, etc.)?

Was haben Sie oder andere (z. B. Schule, etc.) bereits versucht, um die Problematik zu verbessern?

## **Bisherige Behandlungen/Therapien**

(Bsp.: Frühförderung, Psychotherapie, Ergotherapie, Lerntherapie, Medikation)

Bisherige Diagnosen (sofern bekannt):

Bisherige Behandlungen:

## **Medikation und Dosis**

## **Einschätzungen**

Welche besonderen Begabungen / Talente hat Ihr Kind?

## Einschätzungen

**In welchen Punkten sind Sie in Ihrer Rolle als Sorgeberechtigte/r mit sich zufrieden?**

Stärken der 1. Sorgeberechtigten:

Stärken der 2. Sorgeberechtigten:

Gibt es Punkte, in denen Sie mit Ihrer Rolle mit sich selbst nicht zufrieden sind?

Gibt es Dinge, die bisher nicht angesprochen wurden, aber wichtig sein könnten, um die Problematik besser zu verstehen?

## Entwicklung

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung?

## Schulische Entwicklung/Ausbildung

Aktuelle Schulart (Grundschule, Gemeinschaftsschule, etc.)/Ausbildung:  
Klasse:  
Klassenlehrerin:

Name der Schule:  
Telefon:

Hat Ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen?

nein  ja, in welchen Bereichen (Bsp.: Rechnen, Lesen, Rechtschreibung):

Wurde dieses formal anerkannt?

nein  ja, welche, wann

Gibt es einen Nachteilsausgleich?

nein  ja, welchen:

Hat Ihr Kind festgestellten sonderpädagogischen Förderbedarf?

Lernen  geistige Entwicklung  Emotionale und soziale Entwicklung  \_\_\_\_\_  
 Förderunterricht (Fach): \_\_\_\_\_  
 Lernplan (Fach): \_\_\_\_\_  
 Nachhilfe (Fach): \_\_\_\_\_

## Jugendamt

Stand oder steht Ihre Familie in Kontakt mit dem Jugendamt?

nein  ja

Wenn ja, warum:

zuständiger Ansprechpartner (Name): \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## **Erklärung aller Sorgeberechtigten**

Voraussetzung für eine Behandlung Ihres Kindes und den damit verbundenen Maßnahmen in unserer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz ist das Einverständnis **aller** Sorgeberechtigten.

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Kind			
Sorgeberechtigte/r 1			
<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>			
Sorgeberechtigte/r 1			
<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>			

Wir sind mit der Behandlung unseres Kindes einverstanden und nehmen hiermit die Anmeldung in der Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz vor.

---

Datum und Ort

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

---

Datum und Ort

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1