

Elternfragebogen

Wer füllte den Bogen aus?

Bearbeitungsdatum

1. Basisdaten**Vorgestelltes Kind bzw. vorgestellte/r Jugendliche/r**

Name, Vorname	Sorgeberechtigte/r	
Geburtsdatum	Telefon des bzw. der Sorgeberechtigten	
Straße und Nummer	Krankenkasse	Ort
PLZ und Wohnort	Hauptversichert ist	
Geburtsort und evtl. Krankenhaus	Anmeldung durch	am
Name der Mutter bei Geburt des Patienten/der Patientin	Empfehlung durch	

Leibliche Mutter**Leiblicher Vater****Leibliche Geschwister**

Name, Vorname	Name, Vorname	Name, Vorname, Geburtsdatum
Geburtsdatum	Geburtsdatum	
Straße und Wohnort	Straße und Wohnort	
Telefon	Telefon	
Ausbildung und Berufstätigkeit	Ausbildung und Berufstätigkeit	

Stief-/Adoptiv-/Pflegevater**Stief-/Adoptiv-/Pfleagemutter****Halb-/Stiefgeschwister**

Name, Vorname	Name, Vorname	Name, Vorname, Geburtsdatum
Geburtsdatum	Geburtsdatum	
Straße und Wohnort	Straße und Wohnort	
Telefon	Telefon	
Ausbildung und Berufstätigkeit	Ausbildung und Berufstätigkeit	

Helfer (mit Adresse und Telefon)

Einweisende/r Ärztin/Arzt	Kindergarten	Beratungsstelle/Sonstige Einrichtung
Haus-/Kinderärztin/arzt	Schule, Klasse, Klassenlehrer/in	Jugendamt mit Ansprechpartner

2. Einverständnis zum Informationsaustausch

PatientIn

Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer

Sorgeberechtigte/r

Name, Vorname, Adresse, Telefonnummer

Als Sorgeberechtigte entbinden wir die folgenden Stellen von der Schweigepflicht für den mündlichen bzw. schriftlichen Austausch von Information über die Behandlung, Erziehungshilfe oder Eingliederungsmaßnahmen und Fragen zur Bildung unseres Kindes. Uns ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden.

Anfragende Stelle: (nur eine Stelle ankreuzen!)

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie _____

Kooperationspartner:

Jugendamt

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
<i>Themen: Bedarf und ggf. Verlauf der Erziehungshilfe bzw. Eingliederungsmaßnahmen</i>				

Ärztin/Arzt bzw. TherapeutIn bzw. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
<i>Themen: Bedarf und ggf. Verlauf der ambulanten bzw. stationären Behandlung</i>				

Kindergarten bzw. Schule

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
<i>Themen: Bedarf und ggf. Verlauf von Erziehungs- und Bildungsmaßnahmen</i>				

Andere:

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
<i>Themen:</i>				

Ort	Datum	Unterschrift/en
------------	--------------	------------------------