

**Elternfragebogen
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie**

**Datum:
Ausgefüllt von:**

Kind bzw. Jugendlicher

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Geburtsort, ggf. Krankenhaus

Krankenkasse und Hauptversicherte/r

Sorgeberechtigte/r

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Leibliche Eltern

Mutter

Name, Vorname

Ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Anschrift und Telefonnummer

Ausbildung und Berufstätigkeit

Vater

Name, Vorname

Ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Anschrift und Telefonnummer

Ausbildung und Berufstätigkeit

Geschwister

Leibliche Geschwister

Name, Vorname, Geburtsdatum

Halb- / Stiefgeschwister

Name, Vorname, Geburtsdatum



Stief- / Adoptiv- / Pflegemutter	Stief- / Adoptiv- / Pflegevater
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Anschrift	Anschrift
Telefon	Telefon
Ausbildung und Berufstätigkeit	Ausbildung und Berufstätigkeit

Helfer (mit Adresse und Telefon)

Einweisende/r Ärztin/Arzt

Falls abweichend Haus-/Kinderärztin/arzt

Kindergarten

Schule, Klasse, Klassenlehrer/in

Beratungsstelle/Sonstige Einrichtung

Jugendamt mit Ansprechpartner
