KJPP

Zentrum für Kinder und Jugendliche
Sozialpädiatrie – Neuropädiatrie – Frühförderung
Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Marien Hospital Wesel

Anmeldebogen

Ausgefüllt von: _____ am: _____

Anzumeldendes Kind / Jugendlicher

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit:. _____

PLZ / Wohnort: _____ Straße / Nr.: _____

Religion: _____ Geschlecht: _____

Krankenkasse / Versicherung

Name der Kasse: _____ Kassen Nr: _____

Versichert über: _____

Sorgerecht

Beide Eltern ❑ Nur die Mutter ❑ Nur der Vater ❑ Andere ❑

Mutter

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Wohnort: _____ Straße / Nr.: _____

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Vater

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Wohnort: _____ Straße / Nr.: _____

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Stiefeltern / Pflege- / Adoptiveltern

Name: _____ Vorname: _____

Wohnort: _____ Straße / Nr.: _____

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Andere (z.B. Jugendamt) _____

Name: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Tel. + Mobil: _____ E-Mail: _____

Anmeldegrund aus Sicht der Eltern und ggf. des Jugendlichen

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Freiwillige Angabe: War Ihr Kind oder ein Geschwisterkind schon in unserer Abteilung in Behandlung?

_____

_____

Einwilligung zur Behandlung und elektronischen Datenerfassung

Wir sind (ich bin) sorgeberechtigt für _____
Wir sind (ich bin) einverstanden:

- mit der Behandlung (im Sozialpädiatrischen Zentrum Niederrhein, KJPP Kinder- und-Jugendpsychiatrie)
- mit der Übersendung der Befundberichte an den überweisenden Arzt mit der elektronischen
- Datenerfassung und Bearbeitung
- Foto-/Videodokumentation nach Rücksprache, falls erforderlich

Ort: _____ Datum: _____

_____		_____		_____
Unterschrift Sorgeberechtigte (Mutter / Vormund)	**und**	Unterschrift Sorgeberechtigter (Vater / Vormund)	**ggf.**	Unterschrift Jugendlicher (über 14 Jahre)

Haus- oder Kinderarzt:

Name: _____

Straße / Hausnr.: _____ PLZ / Ort: _____

Tel.: _____

Bitte informieren Sie Ihren Haus- oder Kinder- und Jugendarzt und bitten Ihn um eine Überweisung an die KJPP-Ambulanz.

Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur Datenübermittlung

Nachname, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wir möchten das oben genannte Kind, für das Sie sorgeberechtigt sind, qualifiziert und sachgemäß betreuen. Insbesondere aus diesem Grunde möchten wir bei verschiedenen Stellen außerhalb unserer zugehörigen Einrichtungen (SPZ/KJPP/IFF) vertrauliche Informationen Ihr Kind betreffend erfragen oder an diese weitergeben. Mit dieser Entbindung von der Schweigepflicht und der Einwilligung zum Datenaustausch ermöglichen Sie uns das. Ein Austausch von Daten erfolgt immer nur in dem Umfang, der für den jeweiligen Zweck erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind gesetzlich verpflichtet, die Vertraulichkeit aller ihnen bekanntgewordenen Informationen zu wahren.

Bitte kreuzen Sie an, mit welchen Stellen wir Kontakt aufnehmen können.

X	Externe Stelle	Name und Anschrift / Person
☐	Kinderarzt/-ärztin, Hausarzt/-ärztin [s. 1-3]	
☐	Klinik für Kinder und Jugendmedizin [s. 1-3]	
☐	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie [s. 1-4]	
☐	Frühförderstelle [s. 1 -4]	
☐	SPZ [s. 1-4]	
☐	Therapeut/-in [s.1 u. 3]	
☐	Pflegeeltern [s. 3 u. 4]	
☐	Nicht sorgeberechtigte Bezugspersonen [s. 3 u. 4]	
☐	Heim / Betreuer/-in [s.1 u. 3]	
☐	Kindergarten / Hort [s. 3]	
☐	Schule [s. 3]	
☐	Jugendamt [s. 4]	
☐	Sonstige (zweckabhängig)	

1. Medizinische Befunde zur Vermeidung doppelter Untersuchungen und die Abstimmung der Förderung und Behandlung
2. Informationen zu Krankenhausaufenthalten, Übergabe von Befunden zum Zwecke der Vermeidung doppelter Untersuchungen
3. Informationen über die Entwicklung zwecks Abstimmung der Förderung und Behandlung
4. Informationen bisherige Unterstützungsmaßnahmen zwecks Abstimmung der Förderung und Behandlung

Grundsätzlich ist es für die eindeutige Identifikation Ihres Kindes in allen Fällen erforderlich, den Vor- und Nachnamen und das Geburtsdatum zu übermitteln.

Mit Ihrer Einwilligung erleichtern Sie uns die Betreuung; doppelte Untersuchungen Ihres Kindes können gegebenenfalls vermieden werden. Dies kann den Diagnostik- und Behandlungsprozess beschleunigen. Ohne Ihre Einwilligung sind Sie in der Verantwortung, die erforderlichen Stellungnahmen, Befunde oder Informationen bei Bedarf selber zu beschaffen und uns vorzulegen.

Diese Einwilligung gilt für die Dauer der Betreuung Ihres Kindes durch unsere Einrichtung und kann von Ihnen jederzeit und ohne eine Begründung widerrufen werden. Ein Widerruf gilt immer nur für zukünftige Übermittlungen und hat keine Wirkung auf bereits erfragte oder übermittelte Daten.

☐ Ich/Wir willigen in den oben beschrieben Datenaustauch ein und entbinde(n) die mein/unser Kind betreuenden Mitarbeiter/-innen diesbezüglich von der Schweigepflicht.

☐ Nein, ich/wir willigen nicht ein und werden bei Bedarf die notwendigen Informationen selber beschaffen und den jeweiligen Stellen vorlegen.

Ort, Datum	Alle Sorgeberechtigten	Jugendliche(r) über 14 Jahre

Fragebogen zur Erstvorstellung

Ausgefüllt von: _____ Für (Kind / Jugendlicher): _____

am: _____ geb. am: _____ Alter: _____

Grund der Vorstellung:

_____

_____

_____

Wer hat die Vorstellung in der KJPP empfohlen?

Angaben zur Mutter:_____

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Schulabschluss: _____ Erlernter Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit ❑ Teilzeit ❑

Angaben zum Vater:

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Schulabschluss: _____ Erlernter Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit ❑ Teilzeit ❑

Stiefeltern / -teil:

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Schulabschluss: _____ Erlernter Beruf: _____

Tätigkeit: _____ Vollzeit ❑ Teilzeit ❑

Situation der Familie:

Gemeinsame Erziehung durch die Eltern: ja ❑ nein ❑ Eltern sind verheiratet seit: _____

Eltern getrennt lebend seit: _____ Alleinerziehende Mutter: ❑ Alleinerziehender Vater: ❑

Besuchskontakte: _____

Sorgerecht:

gemeinsam ❑ Mutter ❑ Vater ❑

Vormund ❑ Wer/Seit wann: _____

Jugendamtsbetreuung: nein ❑ ja ❑ Wenn ja, seit wann: _____

Sachbearbeiter/in: _____ Maßnahme: _____

Geschwister:

Name	Geb. Datum	Schule / Ausbildung

Halb- / Stiefgeschwister:

Name	Geb. Datum	Schule / Ausbildung

Gesundheitliche Probleme / Belastungen innerhalb der Familie:

- ❑ körperliche / geistige Behinderung
- ❑ Lernstörung (z.B. Besuch einer Förderschule)
- ❑ Lese-Rechtschreibstörung, Rechenstörung
- ❑ Epilepsie, Bewegungsstörung
- ❑ Psychische Erkrankung (z.B. ADHS, Ängste, Depression, Essstörung, Zwangsstörung)
- ❑ Verhaltensstörung (z.B. Störung des Sozialverhaltens, Gesetzeskonflikte, Selbstmordversuch)
- ❑ Suchterkrankung (z.B. Alkohol, Drogen)
- ❑ chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Asthma, Mukoviscidose, Allergien)
- ❑ Tod eines nahen Familienangehörigen
- ❑ belastende Erlebnisse der Eltern
- ❑ finanzielle Nöte
- ❑ innerfamiliäre Beziehungsprobleme
- ❑ sonstiges: _____

_____

Fragen zum Kind oder Jugendlichen

Schwangerschafts-Verlauf / Geburt:

Vorzeitige Wehen: ja ❑ nein ❑ Frühgeburt: ja ❑ nein ❑ Psychische Belastung: ja ❑ nein ❑

Anderes (z.B. Rauchen, Medikamente):_____

Entwicklungsschritte:

Freies Laufen:_____ (mit Monat/Jahr) Erste Worte: _____ (mit Monat/Jahr)

(2-Wort-Sätze): _____ (mit Monat/Jahr)

Einkoten/Einnässen nach dem 5. Geburtstag: _____

Entwicklungsbesonderheiten? _____

_____

Kindergarten:

Regelkindergarten ❑ Integrativkindergarten ❑ Heilpädagogischer Kindergarten ❑

von: _____ bis: _____

Probleme im Verhalten: _____

_____

Name und Tel. der KITA: _____

Schulbesuch:

Art und Name der Schule	von	bis

Tel. Nr. der aktuellen Schule: _____ Aktuelle Klasse: _____

Probleme: _____

_____

_____

_____

_____

Gesundheitliche Probleme / Belastungen des Kindes/Jugendlichen

Bisherige Erkrankungen: _____

_____

Unfälle / Gewalterlebnisse: _____

Regelmäßig verabreichte Medikamente _____

_____

Hilfsmittel (z.B. Brille, Hörgerät etc.):_____

Sozialrechtliche Hilfen und Maßnahmen

Grad der Behinderung/Merkzeichen:_____ Pflegestufe: _____

Sonstiges _____

Krankenhausaufenthalte:

Name des Krankenhauses	Behandl. Zeitpunkt	Grund des Aufenthaltes

Bisherige Diagnostik / Beratung / Therapie:

(z.B.: Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie, Sprachtherapie, Erziehungsberatung, Jugendamt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie etc.)

Wer (Name oder Einrichtung):	Wann (Zeitraum der Behandlung):

Hörtest: ❏ nein ❏ ja, am _____

Sehtest: ❏ nein ❏ ja, am _____

Weitere medizinische Untersuchungen: _____

_____