

Fragebogen Teil 1 vor Aufnahme der Behandlung



kjpp-neusäss

Praxis für Kinder- und Jugend-
Psychiatrie und Psychotherapie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Erstvorstellung am: ____ . ____ . ____

Vorstellung auf Empfehlung von: _____

1) Kind / Jugendliche/r

weiblich männlich divers

_____ Staatsangehörigkeit

_____ Straße

_____ PLZ, Ort

_____ Telefon Festnetz

_____ Mobil

_____ Krankenkasse

_____ Kinder-/Hausarzt

Kind / Jugendlicher ist leibliches Kind Pflegekind/Adoptivkind

2) Leibliche Mutter

_____ Name, Vorname

_____ Geburtsdatum

_____ Staatsangehörigkeit

_____ Adresse (falls abweichend): Straße

_____ PLZ, Ort

_____ Telefon Festnetz / Mobil

_____ E-Mail

_____ Erlerner / ausgeübter Beruf

Sorgerecht ja nein



Fragebogen

Seite 2 von 3

3) Leiblicher Vater

Name, Vorname

_____._____._____
Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Adresse (falls abweichend): Straße

PLZ, Ort

Telefon Festnetz / Mobil

E-Mail

Erlerner / ausgeübter Beruf

Sorgerecht ja nein

Die Eltern sind verheiratet

leben zusammen

getrennt _____
Jahr

geschieden _____
Jahr

Elternteil verstorben _____
Mutter/Vater

Gibt es weitere Sorgeberechtigte?

Ggf. Name, Vorname

Telefon / E-Mail

5) Geschwister

Name, Vorname

Geschwister

Halbgeschwister

Stiefgeschwister

_____._____._____
Geburtsdatum

weiblich

männlich

divers

Name, Vorname

Geschwister

Halbgeschwister

Stiefgeschwister

_____._____._____
Geburtsdatum

weiblich

männlich

divers

Name, Vorname

Geschwister

Halbgeschwister

Stiefgeschwister

_____._____._____
Geburtsdatum

weiblich

männlich

divers

Name, Vorname

_____._____._____
Geburtsdatum



Fragebogen

Seite 3 von 3

Aktueller Vorstellungsgrund / Symptomatik

Beginn, Verlauf (freie Schilderung)

Somatische Anamnese

Erkrankungen, Operationen, Klinikaufenthalte, Medikamente, Anfälle, Allergien

Gibt es noch etwas, das Sie darüber hinaus mitteilen möchten?

Bitte daran denken:

Zum Erstvorstellungstermin bringen Sie bitte folgende Unterlagen mit:

- Versicherungskarte, sofern vorhanden (Kassen-, Privatpatienten und Selbstzahler)
- gelbes Vorsorgeheft
- Vorbefunde anderer Therapeuten/Ärzte oder Institutionen, sofern vorhanden
- Kopien der Zeugnisse

Eine Überweisung vom Kinderarzt wird nicht benötigt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht, sind wir rechtlich verpflichtet, das schriftliche Einverständnis beider Elternteile für die Behandlung einzuholen.



kjpp-neusäss
Praxis für Kinder- und Jugend-
Psychiatrie und Psychotherapie

Einwilligungserklärung für gemeinsam sorgeberechtigte Eltern

Kind / Jugendliche/r

Name, Vorname

_____._____._____
Geburtsdatum

Gemeinsame Erklärung:

Als gemeinsam sorgeberechtigte Elternteile erklären wir, dass wir mit der Behandlung unseres Kindes bei Frau Dr. Timnik / Frau Dabboul, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einverstanden sind.

Mutter

Name, Vorname

Unterschrift

Ort, Datum

Vater

Name, Vorname

Unterschrift

Ort, Datum

Kontaktdaten des Elternteils, das nicht beim Kind wohnt:

Straße

PLZ / Wohnort

E-Mail

Telefon