

ANMELDEBOGEN INSTITUTSAMBULANZ KJP TIEFENBRUNN

Liebe Eltern von kleinen Kindern, liebe Fachkolleginnen und -kollegen,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer ambulanten Behandlung in unserem Fachklinikum.

Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen sorgfältig aus, damit wir ein Bild von den Problemen und Umständen bekommen, weswegen Sie sich, Ihr Kind oder Ihre Klientin/Ihren Klienten bei uns vorstellen möchten.

Nach Erhalt dieser für uns wichtigen Informationen werden wir uns schriftlich oder telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Senden Sie den ausgefüllten Bogen bitte an die
Baby-Kleinkind-Ambulanz KJP, Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, 37124 Rosdorf
Fax: 0551-5005-4330
E-Mail: c.schlensoeg@asklepios.com

Anmeldende Person: _____ Datum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

mobil: _____ E-Mail: _____

Ich bin damit einverstanden, dass Sie mit mir per E-Mail Kontakt aufnehmen (Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 a DSGVO): Ja / Nein

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Lebt zusammen mit*: leibl. Eltern

Mutter

Vater

Mutter + Partner

Vater + Partnerin

Adoptiv-/Pflege-Eltern

Kinder- und Jugendhilfe-Einrichtung: _____

Sonstige: _____

Hauptbezugsperson(en): _____

Sorgerecht: Eltern gemeinsam oder geteilt Mutter allein Vater allein

Weitere an der Erziehung/Betreuung beteiligte Personen/Institutionen:

Krankenkasse/Kostenträger: _____ gesetzlich privat anderes und zwar _____

Ärzte und Behandler

Hausarzt/-ärztin: _____
 (Name/ Adresse) _____

Kinderarzt/ärztin: _____
 (Name/ Adresse) _____

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ): _____
 (was/ wann) _____

Frühförderung _____
 (was/ wann) _____

Andere (Physio, Ergo etc): _____
 (was/ wann) _____
 (was/ wann) _____

Institutionelle Hilfen (Kinder- und Jugendhilfe etc)

ambulante Jugendhilfe (Familien-Hebamme, Familien-Hilfe etc.)

seit/von _____ bis _____
 was: _____

stationäre Jugendhilfe (Mutter-Kind-Gruppe, Familien-Wohngruppe, Trainingswohnen, betreutes Wohnen etc.)

seit/von _____ bis _____
 was: _____

Sonstiges:

Grund der Anmeldung

Bitte beschreiben Sie die **aktuellen Probleme/Schwierigkeiten*** weswegen Sie sich mit Ihrem Kind an uns wenden:

- Häufiges und dauerhaftes Weinen
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Fütter-, Verdauungs- und Gedeihstörungen
- Vermehrte Ängstlichkeit / Trennungsangst / anklammerndes Verhalten
- Vermehrtes Trotzverhalten / Schreianfälle / aggressives Verhalten
- Fragen zur kindlichen Entwicklung
- Erkrankung des Kindes, die die Eltern-Kind-Beziehung belastet

- Erfahrungen um Schwangerschaft und Geburt, die die Gefühle der Eltern oder die Beziehung zum Kind belasten
- „Babyblues“ – wenn die Gefühle der Eltern nach der Geburt anders sind als erwartet
(z.B. unglücklich, einsam, ängstlich, verletzt etc.)
- Probleme in der Geschwisterbeziehung

Sonstiges

Wann haben die Schwierigkeiten begonnen?

Hat das Kind körperliche Erkrankungen?

Nein

Ja , welche?:

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja , welche?:

Vermute **Ursachen und Hintergründe** der Probleme (Stichworte):

Vielen Dank!