



**KLINIKUM
ITZEHOE**

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Chefarzt für den Bereich
Kinder und Jugendliche:
Dr. med. Dirk Naumann

**Kinder- und Jugendpsychiatrische
Institutsambulanz**

Lornsenplatz 2-6 (1. OG)
25524 Itzehoe
Oberärztin:

Dr. med. Annegret Eckhart-Ringel

Anmeldung unter:

Telefon: +49 4821 772-6210

PIA-KJP@KH-Itzehoe.de

Wichtige Informationen zur Anmeldung

Liebe Sorgeberechtigten,

in der Institutsambulanz werden Patienten betreut, die wegen der Schwere ihrer Erkrankung einen besonderen krankenhaushaften Versorgungsangebot benötigen.

Eine reine Diagnostik, Berichte für die Beantragung einer Schulbegleitung, Verdacht auf eine schulische Teilleistungsstörung oder eine psychotherapeutische Behandlung mit wöchentlichen Terminen wie bei einer ambulanten Psychotherapie können wir nicht anbieten.

Unser Angebot richtet sich an Menschen aus dem Kreis Steinburg.

Zur Vorbereitung einer Terminvereinbarung bitten wir Sie darum, den Anmeldebogen vollständig auszufüllen und uns an folgende Adresse zurückzuschicken.

Klinikum Itzehoe

Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz

Lornsenplatz 2-6

25524 Itzehoe

Wir nehmen im Anschluss Kontakt mit Ihnen auf.

Bitte geben Sie unbedingt eine aktuelle Telefonnummer an.

Bei geteiltem Sorgerecht benötigen wir eine Einverständniserklärung beider Elternteile zum Einverständnis in die Behandlung.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz

Anmeldebogen

Vorstellungsdatum: _____ Termin bei: _____
Wird von der Institutsambulanz ausgefüllt

Fragebogen ausgefüllt am: _____ von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere _____

Kind / Jugendlicher

Vor- und Nachname des Kindes:

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ _____

Geburtsdatum

Adresse

Kind lebt bei: ☐ Leiblichen Eltern
☐ Leiblicher Mutter ☐ Leiblichem Vater
☐ Wechselmodell
☐ Adoptiveltern, seit: _____
☐ Pflegeeltern, seit: _____
☐ Wohngruppe, seit: _____
☐ _____

GdB / Pflegegrad Grad der Behinderung (mit Merkzeichen): _____ Pflegegrad: _____

Krankenversicherung ☐ Gesetzliche Krankenversicherung ☐ Private Krankenversicherung
☐ Beihilfe in Prozent: _____ Name Versicherung: _____
Hauptversicherter (vollständiger Name + Geb.Datum): _____

**Name Kinderärztin/
Kinderarzt:**

Sorgerecht ☐ Mutter ☐ Vater ☐ gemeinsam
☐ Sonstige Sorgeberechtigte: _____

Familie

☐ Leibliche Mutter ☐ Adoptivmutter ☐ Leiblicher Vater ☐ Adoptivvater
☐ Pflegemutter ☐ Pflegevater

Vor- und Nachname

Aktuelle Anschrift

Telefon

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum (Alter)

Lebenssituation der Eltern

☐ zusammen lebend, seit: _____ ☐ getrennt lebend, seit: _____
☐ verheiratet, seit: _____ ☐ geschieden, seit: _____
☐ andere Familienkonstellation: _____

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?

Vorstellungsanlass und Problembereiche

Vorstellung veranlasst durch:

- ☐ Eltern ☐ Kinderarzt/Hausarzt ☐ Therapeut: _____
☐ Schule ☐ Kindergarten ☐ _____

Hauptproblem / Vorstellungsanlass:

Wann traten die bestehenden Probleme erstmals auf?

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?

Ziel der Vorstellung:

Bisherige Lösungsversuche / Behandlungen

Welche Empfehlungen wurden bisher ausgesprochen (von Kinderarzt, Schule, Therapeuten, etc.)?

Was haben Sie oder andere (z. B. Schule, etc.) bereits versucht, um die Problematik zu verbessern?

Bisherige Behandlungen/Therapien

(Bsp.: Frühförderung, Psychotherapie, Ergotherapie, Lerntherapie, Medikation)

Bisherige Diagnosen (sofern bekannt):

Bisherige Behandlungen:

Medikation und Dosis

Einschätzungen

Welche besonderen Begabungen / Talente hat Ihr Kind?

Einschätzungen

In welchen Punkten sind Sie in Ihrer Rolle als Sorgeberechtigte/r mit sich zufrieden?

Stärken der 1. Sorgeberechtigten:

Stärken der 2. Sorgeberechtigten:

Gibt es Punkte, in denen Sie mit Ihrer Rolle mit sich selbst nicht zufrieden sind?

Gibt es Dinge, die bisher nicht angesprochen wurden, aber wichtig sein könnten, um die Problematik besser zu verstehen?

Entwicklung

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung?

Kindergarten/Schulische Entwicklung/Ausbildung

Aktuelle Schulart (Grundschule, Gemeinschaftsschule, etc.)/Kindergarten/Ausbildung:

Name der Schule/Kindergarten:

Klasse:
Klassenlehrerin:

Telefon:

Hat Ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen?

☐ nein ☐ ja, in welchen Bereichen (Bsp.: Rechnen, Lesen, Rechtschreibung):

Wurde dieses formal anerkannt?

☐ nein ☐ ja, welche, wann

Gibt es einen Nachteilsausgleich?

☐ nein ☐ ja, welchen:

Gibt es aktuell Auffälligkeiten in der Schule/im Kindergarten?

Hat Ihr Kind festgestellten sonderpädagogischen Förderbedarf?

☐ Lernen ☐ geistige Entwicklung ☐ Emotionale und soziale Entwicklung ☐ _____

☐ Förderunterricht (Fach): _____

☐ Lernplan (Fach): _____

☐ Nachhilfe (Fach): _____

Jugendamt

Stand oder steht Ihre Familie in Kontakt mit dem Jugendamt?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, warum:

zuständiger Ansprechpartner (Name): _____

Telefonnummer: _____

Erklärung aller Sorgeberechtigten

Voraussetzung für eine Behandlung Ihres Kindes und den damit verbundenen Maßnahmen in unserer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz ist das Einverständnis **aller** Sorgeberechtigten.

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Kind			
Sorgeberechtigte/r 1 ☐ Mutter ☐ Vater ☐			
Sorgeberechtigte/r 1 ☐ Mutter ☐ Vater ☐			

Wir sind mit der Behandlung unseres Kindes einverstanden und nehmen hiermit die Anmeldung in der Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz vor.

Datum und Ort

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

Datum und Ort

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2

Ich bin mit einem Informationsaustausch per E-Mail einverstanden. Bitte verwenden Sie folgende E-Mail-Adresse:

E-Mail-Adresse

Datum und Ort

Unterschrift Einverständnis E-Mail