



Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Eltern-Kind-Klinik und Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz  
Leitung: Dr. Nicole Heiner (Chefärztin) & Annekatri Thies (Chefpsychologin)  
Elisabeth-Flügge-Str. 1 \* 22337 Hamburg  
Telefon: 5077 – 4963 \* Fax: 5077 – 4810  
Email: [anmeldung-kjp@alsterdorf.de](mailto:anmeldung-kjp@alsterdorf.de)

Anmeldung für

Stationäre Behandlung       Tagesklinische Behandlung       Institutsambulanz

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht  Weiblich  Männlich

Straße/Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ (priv) \_\_\_\_\_ (mobil)

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenversicherung/-kasse: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Über wen ist das Kind versichert: \_\_\_\_\_

Behandelnder Kinderarzt (Name, Adresse, Kontaktdaten): \_\_\_\_\_

Findet zurzeit eine Behandlung in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
oder einem Sozialpädiatrischen Zentrum statt?

Nein       Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie aktuelle Berichte dieser Praxis, sowie eine aktuelle Empfehlung des Arztes oder Therapeuten zur  
stationären/teilstationären Behandlung in Kopie bei.

Erziehungsberechtigte:

	1. Elternteil / Bezugsperson	2. Elternteil / Bezugsperson	Andere
Name	_____	_____	_____
Vorname:	_____	_____	_____
Geb. am	_____	_____	_____
Anschrift: (falls abweichend von o.g. Anschrift)	_____	_____	_____





Bitte beantworten Sie folgende Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Schwangerschaft:  komplikationslos

Komplikationen, z.B.  hoher Blutdruck  Diabetes  Blutungen  drohende Fehlgeburt

Infektionskrankheiten  Medikamenteneinnahme  sonstige \_\_\_\_\_

Geburt: Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_ Länge bei Geburt \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ g

Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm

Geburtsverlauf:  normal  Saugglocke  Kaiserschnitt  Zange  komplikationslos

Komplikationen und zwar: \_\_\_\_\_

Entwicklung Freies Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Sprechen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Welche Sprache wird hauptsächlich in Ihrem Haushalt gesprochen? \_\_\_\_\_

Gab oder gibt es Auffälligkeiten / Probleme?

– In der Sprachentwicklung:  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

– Beim Hören  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
(z.B. nach Mittelohrentzündung, Röhrrchen etc.)

– Beim Sehen (z.B. Brille)  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

– In der Sauberkeitserziehung  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

– In der motorischen Entwicklung  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Angaben zu Vorerkrankungen Ihres Kindes:

Bisherige Erkrankungen \_\_\_\_\_

/ Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_

– Allergien / Unverträglichkeiten  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind nach Empfehlung der Stiko (Ständige Impfkommission) geimpft  nein  ja

Gab es Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gab es einen positiven MRGN oder MRSA Befund?  nein  ja, am \_\_\_\_\_

Gibt es eine regelmäßige Medikamenteneinnahme?  nein  ja

Präparat	Dosierung



Gab oder gibt es Behandlungen durch Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie o.ä.?

nein  ja, am \_\_\_\_\_

Falls ja: Bitte reichen Sie vorhandene Briefe / Befunde in Kopie ein!

Besteht ein Kontakt zum Allgemeinen Sozialen Dienst (Jugendamt)?

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Nahmen oder nehmen Sie Unterstützungsmaßnahmen durch den ASD (Familienhilfe, Erziehungsbeistand) in Anspruch?

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Kindergarten- und Schulbesuch:**

Wurde bzw. wird Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtungen betreut (Zutreffendes bitte ankreuzen)?

Krippe  Krabbelgruppe  Kindergarten  Kinderhort  Förderkindergarten  unbekannt

andere \_\_\_\_\_

Welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind und welche besucht es jetzt?

A. Kindergarten, Spielgruppen oder Förderkindergarten von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Gab oder gibt es Probleme beim Besuch der Einrichtung, und wenn ja, welche?

B. Schule oder Förderschule von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Gab oder gibt es Probleme beim Besuch der Einrichtung, und wenn ja, welche?

**Schul-/Ausbildungsbesuch (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

regelrecht  einmal wiederholt  mehrmals wiederholt  Wiederholung und Umschulung  
 Abbruch



**Lebens- und Wohnsituation des Kindes:**

- beide Eltern leben      **Vater**    gestorben    unbekannt      **Mutter**    gestorben    unbekannt  
 beide Eltern gestorben       unbekannt hinsichtlich beider Eltern

**Beziehungsstatus der leiblichen Eltern (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

- Leben zusammen    getrennt / geschieden    durch Tod getrennt    haben nie zusammengelebt

**Beziehungsstatus der Bezugspersonen (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

- Leben zusammen    getrennt / geschieden    durch Tod getrennt    haben nie zusammengelebt

**Derzeitige Wohnsituation: Das Kind wohnt zurzeit mit ... (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

- |   |   |  |                                       |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> leiblicher Mutter            | <input type="checkbox"/> Stiefmutter            | <input type="checkbox"/> Adoptivmutter       | <input type="checkbox"/> Pflegemutter |
| <input type="checkbox"/> Großmutter                   | <input type="checkbox"/> sonstiger Ersatzmutter | <input type="checkbox"/> keiner Mutter       |                                       |
| <input type="checkbox"/> leiblichem Vater             | <input type="checkbox"/> Stiefvater             | <input type="checkbox"/> Adoptivvater        | <input type="checkbox"/> Pflegevater  |
| <input type="checkbox"/> Großvater                    | <input type="checkbox"/> sonstiger Ersatzvater  | <input type="checkbox"/> keinem Vater        |                                       |
| <input type="checkbox"/> leiblichen Geschwistern      | <input type="checkbox"/> Stiefgeschwistern      | <input type="checkbox"/> Adoptivgeschwistern |                                       |
| <input type="checkbox"/> sonstigen Ersatzgeschwistern | <input type="checkbox"/> keinen Geschwistern    |  |                                       |

**Kinderzahl der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie (bitte eintragen):** \_\_\_\_\_

Besteht aktuell eine Schwangerschaft bei der Mutter?

- Ja       Nein

**Stellung in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

- Einzelkind    jüngstes Kind    mittleres Kind    ältestes Kind    lebt nicht in einer Familie

**Leibliche Geschwister (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):**

Name, Vorname	geboren am	Schule/Beruf	ggf. bes. Probleme/Erkrankungen
1 _____			
2 _____			
3 _____			

**Berufstätigkeit der Eltern / Bezugspersonen:**

**Eltern / Bezugsperson 1: Bitte Zutreffendes ankreuzen**

Sind Sie aktuell berufstätig?

- Nein       Ja, mit \_\_\_\_\_ Std/Woche als \_\_\_\_\_  
 Ausbildung / Umschulung    Arbeitssuchend    Schichtarbeiter    im Haushalt tätig    Rentner  
 Andere \_\_\_\_\_

**Eltern / Bezugsperson 2: Bitte Zutreffendes ankreuzen**

Sind Sie aktuell berufstätig?

- Nein       Ja, mit \_\_\_\_\_ Std/Woche als \_\_\_\_\_  
 Ausbildung / Umschulung    Arbeitssuchend    Schichtarbeiter    im Haushalt tätig    Rentner  
 Andere \_\_\_\_\_



**Liegen Erkrankungen der leiblichen Eltern oder Bezugspersonen vor?**

Psychische Erkrankungen  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankungen  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Besteht der Wunsch einer eigenen Behandlung eines Elternteils / einer Bezugsperson?**

Ja  Nein

Eine Aufnahme ist frühestens möglich ab: \_\_\_\_\_  sobald wie möglich

Ich benötige \_\_\_\_\_ Tage Vorlaufzeit (max. 10 - 14 Tage seitens Klinik möglich).

Die Aufnahme ist **innerhalb 24-48 Stunden** kurzfristig möglich.  Ja\*  Nein

\*Hier kann die Wartezeit im Einzelfall deutlich verkürzt werden!

Wie erreichen wir Sie am besten für eine spontane Einbestellung? \_\_\_\_\_

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?  von mir selber  von jemand anderem

**Einverständniserklärung:**

Es sind **alle** Sorgeberechtigten mit der geplanten Behandlung einverstanden:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften aller Sorgeberechtigten

**Schweigepflichtentbindung:**

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf bei Bedarf die Berichte der oben genannten Einrichtungen anfordern und sich mit den vorbehandelnden Ärzten und Therapeuten bezüglich der geplanten Behandlung austauschen kann. Diese Entbindung von der Schweigepflicht kann für die Zukunft jederzeit schriftlich widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Sofern bei mehreren Sorgeberechtigten nur eine(r) unterschreibt, erklärt sie/er, dass er/sie mit Wissen und Einverständnis der/des anderen Sorgeberechtigten handelt.

Um diese Erklärung zu unterschreiben, muss entweder das volle Sorgerecht oder zumindest die Gesundheitsfürsorge vorliegen. Eine allgemeine Vollmacht für Pflegeeltern ist hier nicht ausreichend!