

& MitarbeiterInnen

1. Patient/Patientin

Name: **Vorname:** **Geb.-Datum:**
Anschrift: **PLZ:** **Wohnort:** **Telefon:**
Mobil-Nr.: **E-Mail:**

2a. Kindesmutter
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Beruf:
Anschrift:
.....
Nationalität:
Seit: verh./ ledig/ geschied./ getr.lebend

2b. Stiefmutter/ Pflegemutter/ Adoptivmutter/
 Lebenspartnerin des Vaters
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Beruf:
Anschrift:
.....
Telefon:

3a. Kindesvater
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Beruf:
Anschrift:
.....
Nationalität:
Seit: verh./ ledig/ geschied./ getr.lebend

3b. Stiefmutter/ Pflegemutter/ Adoptivmutter/
 Lebenspartnerin des Vaters
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Beruf:
Anschrift:
.....
Telefon:

4. Geschwister mit Geburtsdatum (L=leiblich, H=Halb-, S=Stief-) 3. L/ H/ S
1. L/ H/ S 4. L/ H/ S
2. L/ H/ S 5. L/ H/ S

5a. Über wen ist das Kind versichert? **Sorgerecht:**
5b. Bei welcher Krankenkasse?

6a. **Wer meldet an?**
6b. **Von wem kam die Empfehlung?**

7a. Wer ist der Haus- bzw. Kinderarzt?
7b. Von wem kommt die Überweisung?

8a. Auf welche Schule geht das Kind?
8b. In welche Klasse? 8c. Wer ist Klassenlehrer/in?
8d. Aktuelle Klasse/Schuljahr:

9. Welche Auffälligkeiten führen zur Vorstellung hier?

Eine Behandlung findet oder hat stattgefunden z.B.

- im Sozialpädiatrischen Zentrum in Bremen oder
- in einer anderen sozialpsychiatrischen Praxis (z.B. Praxis Prof. Petersen, Praxis Dr. Timmermann) oder
- in der Institutsambulanz der ARCHE Klinik, Tagesklinik in Cuxhaven; Tagesklinik Brake oder
- in einer anderen ähnlichen Einrichtung,
- Logopädie / Ergotherapie oder Andere Institutionen?

wenn JA: Wo? Wann?

Das Erstgespräch findet grundsätzlich vormittags statt

Aufnahme am: **Sekretariat /**