

Aus Kapazitätsgründen können wir ab 01.10.2021 nur noch **Anmeldungen aus Bremerhaven** annehmen.

**Anmeldeformular für jugendliche Selbstanmelder  
 bis zum 18. Lebensjahr**

**1. Patient/Patientin**

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

Ich lebe im Haushalt der Eltern, Pflegeeltern, Kinder- und Jugendlicheneinrichtung:

**2. Welche Auffälligkeiten führen zur Vorstellung hier:**

**3. Welche Schule wird besucht?** .....

**3a. Welche Klasse?** ..... **3b. Aktuelles Schuljahr:** .....

**4. Krankenversicherung bei welcher Krankenkasse?**

**5. Bist oder warst du bereits woanders in Behandlung? Wenn ja, wo und wann?**

**6. Wer hat das Sorgerecht?**

**Freiwillige Angaben:**

**Mutter:**

Name: .....  
 Vorname: .....  
 Geburtsdatum: .....  
 Beruf: .....  
 Familienstand: .....  
 Mobil-Nr.: .....

**Vater:**

Name: .....  
 Vorname: .....  
 Geburtsdatum: .....  
 Beruf: .....  
 Familienstand: .....  
 Mobil-Nr.: .....

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

Wer ist der Haus- bzw. Kinderarzt? .....

Von wem kommt die Überweisung? .....

Aufnahme am: ..... Sekretariat: .....