

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

1. Patient/Patientin	
Name: Vorname: Geb.-Datum:	
Anschrift: PLZ: Wohnort: Telefon:	
Mobil-Nr.: E-Mail:	
2a. <input type="checkbox"/> Kindesmutter Name: Vorname: Geburtsdatum: Beruf: Anschrift: Nationalität: Seit: <input type="checkbox"/> verh./ <input type="checkbox"/> ledig/ <input type="checkbox"/> geschied./ <input type="checkbox"/> getr.lebend	2b. <input type="checkbox"/> Stiefmutter/ <input type="checkbox"/> Pflegemutter/ <input type="checkbox"/> Adoptivmutter/ <input type="checkbox"/> Lebenspartner der Mutter Name: Vorname: Geburtsdatum: Beruf: Anschrift: Telefon:
3a. <input type="checkbox"/> Kindesvater Name: Vorname: Geburtsdatum: Beruf: Anschrift: Nationalität: Seit: <input type="checkbox"/> verh./ <input type="checkbox"/> ledig/ <input type="checkbox"/> geschied./ <input type="checkbox"/> getr.lebend	3b. <input type="checkbox"/> Stiefvater/ <input type="checkbox"/> Pflegevater/ <input type="checkbox"/> Adoptivvater/ <input type="checkbox"/> Lebenspartnerin des Vaters Name: Vorname: Geburtsdatum: Beruf: Anschrift: Telefon:
4. Geschwister mit Geburtsdatum (L=leiblich, H=Halb-, S=Stief-)	
1. <input type="checkbox"/> L/ <input type="checkbox"/> H/ <input type="checkbox"/> S	3. <input type="checkbox"/> L/ <input type="checkbox"/> H/ <input type="checkbox"/> S
2. <input type="checkbox"/> L/ <input type="checkbox"/> H/ <input type="checkbox"/> S	4. <input type="checkbox"/> L/ <input type="checkbox"/> H/ <input type="checkbox"/> S
	5. <input type="checkbox"/> L/ <input type="checkbox"/> H/ <input type="checkbox"/> S
5a. Über wen ist das Kind versichert? Sorgerecht:	
5b. Bei welcher Krankenkasse?	
6a. Wer meldet an?	
6b. Von wem kam die Empfehlung?	
7. Wer ist der Haus- bzw. Kinderarzt?	
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 AKTUELL statt oder hat stattgefunden z.B. (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> ARCHE KLINIK; Institutsambulanz Brake, Cuxhaven oder Ganderkesee; MVZ Geestland; Praxis Dr. Timmermann, oder Sozialpsychiatrisches Zentrum HB / Oldenburg	
<input type="checkbox"/> Logopädie / Ergotherapie / Physiotherapie?	
wenn JA: Wo? Wann?	
Das Erstgespräch findet grundsätzlich <u>vormittags</u> statt	
Aufnahme am: Sekretariat / Datum:	