

Lfd. Nummer (Bestellbuch)
EPIKUR-Nr.

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

<p>2a. <input type="checkbox"/> Kindesmutter                  Name: .....                  Vorname: .....                  Geburtsdatum: .....                  Beruf: .....                  Anschrift: .....                  Nationalität: .....                  Muttersprache: .....  <b>Seit:</b> ..... <input type="checkbox"/> verh./ <input type="checkbox"/> ledig/ <input type="checkbox"/> geschied./ <input type="checkbox"/> getr.lebend</p>	<p>2b. <input type="checkbox"/> Stiefmutter/ <input type="checkbox"/> Pflegemutter/ <input type="checkbox"/> Adoptivmutter/  <input type="checkbox"/> Lebenspartnerin des Vaters                  Name: .....                  Vorname: .....                  Geburtsdatum: .....                  Beruf: .....                  Anschrift: .....                  Telefon: .....</p>
--	--

<p>3a. <input type="checkbox"/> Kindesvater                  Name: .....                  Vorname: .....                  Geburtsdatum: .....                  Beruf: .....                  Anschrift: .....                  Nationalität: .....                  Muttersprache: .....  <b>Seit:</b> ..... <input type="checkbox"/> verh./ <input type="checkbox"/> ledig/ <input type="checkbox"/> geschied./ <input type="checkbox"/> getr.lebend</p>	<p>3b. <input type="checkbox"/> Stiefvater/ <input type="checkbox"/> Pflegevater/ <input type="checkbox"/> Adoptivvater/  <input type="checkbox"/> Lebenspartner der Mutter                  Name: .....                  Vorname: .....                  Geburtsdatum: .....                  Beruf: .....                  Anschrift: .....                  Telefon: .....</p>
---	---

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?** .....

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

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

**9. Welche Auffälligkeiten führen zur Vorstellung hier und seit wann bestehen die Auffälligkeiten?**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**Eine Behandlung:     findet aktuell statt (1)     hat stattgefunden (2)     ist geplant (3)**  
**(betreffende Zahl bitte in das Kästchen unten eintragen)**

ARCHE KLINIK      Institutsambulanz Brake, Cuxhaven oder Ganderkesee      MVZ Geestland  
 Praxis Dr. Timmermann, Sozialpsychiatrisches Zentrum HB / Oldenburg     Sonstige: .....  
 Logopädie / Ergotherapie / Physiotherapie?     Wann? .....

**Anmeldung eingegangen: Datum:** ..... **Sekretariat:** .....