

# Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. med. Charlotte Jacobi & Mitarbeiter\*Innen

Hartwigstraße 2, 27574 Bremerhaven, Tel.: 0471 3082755, Fax: 0471 3082766, E-Mail: info@kjp-bremerhaven.de

Aus Kapazitätsgründen können wir Anmeldungen  
NUR aus BREMERHAVEN annehmen.



Lfd. Nummer (Bestellbuch)

EPIKUR-Nr.

## Anmeldeformular für jugendliche Selbstanmelder

### 1. Patient / Patientin / Deine Daten

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? .....

Bitte senden Sie das Anmeldeformular an folgende E-Mail-Adresse: [anmeldung@kjp-bremerhaven.de](mailto:anmeldung@kjp-bremerhaven.de)  
Nach Eingang der Anmeldung erfolgt ein kurzes Planungsgespräch mit Frau Dr. Jacobi für die weitere Einschätzung /  
Empfehlung. Termine und Anmeldemöglichkeit hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter [www.kjp-bremerhaen.de](http://www.kjp-bremerhaen.de)

Anmeldung eingegangen, Datum: ..... Sekretariat: .....