

# 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 und den Gemeinden SCHIFFDORF und LOXSTEDT 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:	Vater:
Name: .....	Name: .....
Vorname: .....	Vorname: .....
Geburtsdatum: .....	Geburtsdatum: .....
Beruf: .....	Beruf: .....
Familienstand: .....	Familienstand: .....
Mobil-Nr.: .....	Mobil-Nr.: .....

Geschwister mit Geburtsdatum (L=leiblich, H=Halb-, S=Stief-) 2. .... L H S  
1. .... L H S 3. .... 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 wird Frau Dr. Jacobi sich die Anmeldung ansehen. Ihr Kind/Jugendlicher wird auf die Warteliste gesetzt und wir melden uns rechtzeitig bei Ihnen zur Terminvereinbarung.

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