

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-) 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
 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: