

# Anmeldebogen



**Praxis Annette Tritschler**  
Fachärztin für Kinder- & Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie

## Name des Kindes/

### Jugendlichen:

Geb. am: .....  
Staatsangehörigkeit: .....  
Wohnadresse: .....  
Telefon: .....  
Mobil: .....  
Krankenkasse: .....  
Mitversichert bei: .....  
Kinder- oder Hausarzt: .....  
Aktuelle Schule: .....  
Klasse: .....  
Nachmittagsbetreuung: ja nein  
Ganztagsschule: ja nein

### Name der Mutter:

Sorgeberechtigt: ja nein  
Geb. am: .....  
Staatsangehörigkeit: .....  
Schulabschluss: .....  
Ausbildung: .....  
Aktuell ausgeübter Beruf: .....  
Wohnadresse: .....  
Telefon: .....  
Mobil: .....  
E-Mail: .....

### Name der Vaters:

Sorgeberechtigt: ja nein  
Geb. am: .....  
Staatsangehörigkeit: .....  
Schulabschluss: .....  
Ausbildung: .....  
Aktuell ausgeübter Beruf: .....  
Wohnadresse: .....  
Telefon: .....  
Mobil: .....  
E-Mail: .....

**Eltern leben:** zusammen getrennt

### Sonstige Bezugspersonen:

Stiefmutter/Stiefvater: .....  
Pflegermutter/-vater: .....  
Lebenspartner der Mutter: .....  
Lebenspartner des Vaters: .....

**Kind lebt bei:** Eltern Mutter Vater  
andere .....

## Fragen zum Vorstellungsgrund und zur aktuellen Situation:

Die Vorstellung erfolgt auf Empfehlung von:

.....

Welche Probleme/Schwierigkeiten hat Ihr Kind:

.....

Seit wann bestehen diese Probleme?

.....

Wo sind diese Probleme am stärksten ausgeprägt?

.....

Gibt es Lebensbereiche in denen diese Probleme nicht auftreten?

.....

Waren Sie aufgrund der Probleme schon Behandlung?

nein

ja: stationär ambulant Von: ..... Bis: .....

Erhält Ihr Kind aktuell Medikamente?

nein

ja: .....

Besucht Ihr Kind zur Zeit eine Therapie?

nein

ja: .....

Was sehen Sie positiv an Ihrem Kind?

.....

Vielen Dank für Ihre Auskunft! O.g. Angaben fallen selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.