



Sprechzeiten:  
Mo-Do: 9 – 12 Uhr  
und 15 – 17 Uhr  
Termine nach Vereinbarung

Obwaldstraße 1a  
82319 Starnberg  
Im MediCenter

Tel.: 08151 / 555 10 3  
Fax: 08151 / 555 10 59

@kjp-starnberg.de  
www.kjp-starnberg.de

Sehr geehrte Familie

anbei dürfen wir Ihnen den Anmeldebogen für einen Untersuchungstermin in unserer Praxis übersenden.

Wir bitten Sie, diesen Bogen ausgefüllt an uns zurück zu schicken, sobald ein Termin absehbar ist, werden wir uns bei Ihnen melden. Falls Sie an dem eingeplanten Termin verhindert sein sollten, teilen Sie uns dies bitte rechtzeitig mit, damit wir diesen Termin anderweitig vergeben und Ihnen eine Alternative anbieten können.

Wir dürfen Sie bitten, zum Termin – soweit verfügbar – folgende Unterlagen mitzubringen:

- das gelbe Untersuchungsheft (U1 – U9)
- eine Kopie aller verfügbaren Schulzeugnisse
- eine Kopie eventueller Vorbefunde oder Voruntersuchungen
- die Versicherungskarte
- ein Foto
- einen Überweisungsschein von Ihrem Kinder- oder Hausarzt

Mit freundlichen Grüßen

K. Gollwitzer  
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie



Welche Schule und Klasse besucht das Kind? Bestehen Lern- oder Verhaltensprobleme?

\_\_\_\_\_  
Besucht/e das Kind eine Nachmittagsbetreuung? (Name, Anschrift)

\_\_\_\_\_  
War das Kind schon einmal für eine längere Zeit außerhalb der Familie betreut?

\_\_\_\_\_  
Gab es in der Vorgeschichte bereits **andere Untersuchungen / Beratungen** (z.B. Klinikambulanzen, niedergelassenen Ärzte, Erziehungsberatung, Jugendamt, Gesundheitsamt, schulpsychologischer Dienst)? Wenn ja, wann und wo und warum:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frühere **Erkrankungen**, auch Kinderkrankheiten und Unfälle, **stationäre oder ambulante Behandlungen**:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erhält das Kind Medikamente? Wenn ja, welche und seit wann?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstiges:

ggf. Rückseite benutzen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Sorgeberechtigten



## Personal-Bogen

### Kind / Jugendlicher:

Name:

geb. am:

in:

Staatsangehörigkeit:

Konfession:

Adresse:

Telefon:

Schulart und Klasse:

Krankenkasse:

Mit wem versichert:

Kinder- oder Hausarzt:

Geschwister:

---

### Leibliche Mutter:

Name:

geb. am:

Staatsangehörigkeit:

Konfession:

Adresse:

Telefon:

Beruf:

Schulabschluß:

### Leiblicher Vater:

Name:

geb. am:

Staatsangehörigkeit:

Konfession:

Adresse:

Telefon

Beruf:

Schulabschluß:

---

### Stief-/Adoptiv-Mutter:

Name:

geb. am:

Staatsangehörigkeit:

Konfession:

Adresse:

Telefon:

Beruf:

Schulabschluß:

### Stief-/ Adoptiv-Vater:

Name:

geb. am:

Staatsangehörigkeit:

Konfession:

Adresse:

Telefon:

Beruf:

Schulabschluß: