

# Stammdatenblatt Kinder- und Jugendpsychiatrie

**Liebe Eltern!** Um Sie umfassend und kompetent beraten zu können, ist es für uns wichtig, die untenstehenden Daten zu erheben. Sie unterliegen der Schweigepflicht und werden nur zu praxisinternen Zwecken verwendet. **Vielen Dank für Ihre Mühe!**

## Zum Patienten:

Nachname:	Vorname:	geb. am:
*Staatsangehörigkeit:	*Sprachen:	
*Telefon:	*Mobiltelefon:	
*Emailadresse:	Krankenkasse:	
*Der Pat. lebt bei: Mutter/Vater/Sonstiges:		
*Geschwister (mit Geburtsdatum):		
*Wohnort des Kindes:		
<b>Das Sorgerecht liegt bei:</b>		

## Zur Mutter:

*Nachname:	*Vorname:	*geb. am:
*Adresse, wenn abweichend:		
*Mobiltelefon:	*Emailadresse:	
*Staatsangehörigkeit:	*Beruf:	

## Zum Vater:

*Nachname:	*Vorname:	*geb. am:
*Adresse, wenn abweichend:		
*Mobiltelefon:	*Emailadresse:	
*Staatsangehörigkeit:	*Beruf:	

## Besucht Ihr Kind einen Kindergarten/ eine Schule:

*Name der Einrichtung/Ansprechpartner:	*Telefon:
--	-----------


## Kinderarzt:

--

## Andere wichtige Ansprechpartner (z.B. Großeltern, Tagesmutter, Jugendamt, SPFH etc.):

*Name:	*Telefon:
--------	-----------

Die mit \* versehenen Angaben sind freiwillig, jedoch für unseren Behandlungsauftrag wichtig.

	<b>Ich erkläre</b> , dass die Praxis
	<ul style="list-style-type: none"><li>mich per Email/SMS/Telefon/Fax kontaktieren darf um Befunde, Termine und Untersuchungen abzusprechen</li><li>nach Überweisung mit den mitbehandelnden Ärzten/Therapeuten/ Laboren Befunde besprechen darf</li><li>zum Abgleich von Versicherungsdaten meine Krankenkasse kontaktieren kann</li><li>davon ausgehen kann, dass alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung, Diagnostik und Therapie einverstanden sind.</li></ul>
	<b>Datum:</b> _____ <b>Unterschrift:</b> _____ Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.