

Praxisgemeinschaft Dres. Stilke  
Esmarchstr. 50  
25746 Heide

Sehr geehrte Eltern, lieber Patient,  
Sie / Du möchten / möchtest Ihr Kind / Dich in unserer Praxis vorstellen. Um den ersten Termin bei uns sinnvoll gestalten zu können, bitten wir Sie / Dich, vorab einige Angaben zu machen. Wir werden uns, sobald Sie / Du uns diesen Bogen zurückgeschickt haben, mit Ihnen / Dir zur Terminvereinbarung in Verbindung setzen.

1. Vorname u. Name des **Kindes**: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

2. (Leibl/ Pflege-/Adoptiv-/Stief-) **Mutter**: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

3. (Leibl. /Pflege-/Adoptiv-/Stief-) **Vater**: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

4. Telefon-Nr. zur **Terminvereinbarung**: \_\_\_\_\_

5. Wer wird das Kind vorstellen (bei Vorstellung durch eine Einrichtung der Erziehungshilfe bitte Name und Anschrift)?

\_\_\_\_\_

6. Welches Anliegen führt Sie / Dich zu uns?

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

**Dr. med. Dirk Stilke**  
Facharzt für Kinder-  
und Jugendpsychiatrie  
Psychotherapie  
Chefarzt der Tagesklinik  
für Psychiatrie,  
Psychotherapie und  
Psychosomatik des  
Kindes- u. Jugendalters  
am WKK Heide

**Dr. med. K. Petri-Stilke**  
Fachärztin für  
Kinderheilkunde  
Psychotherapie

Esmarchstr. 50  
25746 Heide  
Tel.: (0481) 7750771  
Fax: (0481) 7750772  
[www.praxis-stilke.de](http://www.praxis-stilke.de)

7. Seit wann bestehen diese Sorgen?

---

8. Ist Ihr Kind früher schon einmal wegen dieser Sorgen (A.+C.) woanders vorgestellt worden, und wenn ja, wann und wo? Oder waren Sie schon einmal mit einem Geschwister bei uns?

**oder:** warst Du früher schon einmal in Beratung oder Behandlung?

---

---

Aus rechtlichen Gründen müssen - auch bei getrennt lebenden Elternteilen - alle Sorgeberechtigten in die Vorstellung und weitere Behandlung des Kindes einwilligen. Eine Terminvergabe ist daher nur möglich, wenn diese Anmeldung die Unterschrift aller Sorgeberechtigten trägt! Für Jugendliche gilt, dass keine Einwilligung eines Sorgeberechtigten erforderlich ist.

---

(Unterschrift)

---

(Unterschrift)

Ich, der/die Unterzeichnende, bin alleine sorgeberechtigt)

Bitte bringen Sie / bringe Du zum ersten Termin (im Quartal) unbedingt die **Chipkarte** mit.  
Außerdem bringen Sie bitte das **gelbe Untersuchungsheft (U1-U9)** und **alle Schulzeugnisse** mit  
(gilt nur für Herrn Dr. Stilke).

Bitte unterschreibe(n) Sie / Du noch die folgende Vereinbarung:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir Termine, die ich nicht wahrnehme, ohne sie spätestens 24 Stunden vorher abgesagt zu haben, in Rechnung gestellt werden können.

---

(Datum)

---

(Unterschrift)

Zu unserer Sicherheit geben Sie / gib Du noch einmal an, bei wem der Termin sein soll (bei Unsicherheit, wer für was zuständig ist, gerne telefonisch nachfragen):

Dr. Dirk Stilke

Dr. Kristina Petri-Stilke