

Praxisgemeinschaft für Kinder und Jugendliche

Esmarchstr. 50

25746 Heide

Tel.: (0481) 7750771

Fax: 7750772

www.praxis-stilke.de

[Praxisgemeinschaft Dres. Stilke, Esmarchstr. 50, 25746 Heide](http://www.praxis-stilke.de)

Dr. med. Dirk Stilke
Arzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Psychotherapie

Dr. med. Kristina Petri-Stilke
Ärztin für Kinder- u. Jugendmedizin
Psychotherapie

Diese Anmeldung ausdrucken, ausfüllen und an uns zurückfaxen oder –schicken.

Wir werden uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen, um einen Termin mit Ihnen zu vereinbaren.

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. Name u. Vorname des **Kindes**: _____ geb.: _____
wohnhaft: _____

2. (Leibl./Pfleger-/Adoptiv-/Stief-) **Mutter**: _____
geb.: _____ Beruf: _____ Tel.: _____
Anschrift: _____

3. (Leibl./Pfleger-/Adoptiv-/Stief-) **Vater**: _____
geb.: _____ Beruf: _____ Tel.: _____
Anschrift: _____

4. Telefon-Nr. zur **Terminvereinbarung**: _____ (bitte nur Festnetznummern)

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

A. Welches Anliegen führt Sie / Dich zu uns?

B. Seit wann bestehen diese Sorgen?

C. Ist Ihr Kind früher schon einmal wegen dieser Sorgen (A.+C.) woanders vorgestellt worden, und wenn ja, wann und wo?

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

D. Erhält Ihr Kind / nimmst Du Medikamente? Wenn ja, welche und seit wann?

Bitte unterschreiben Sie die folgende Vereinbarung:

Sollte ich vereinbarte Termine für mein Kind bei Herrn Dr. Stilke oder einem seiner Mitarbeiterinnen oder bei Fr. Dr. Petri-Stilke ohne rechtzeitige Absage und durch eigenes Versäumnis nicht wahrnehmen, so kann mir der Ausfall in Rechnung gestellt werden.

(Datum)

(Unterschrift)

Mein Kind ist versichert bei _____ (Name der Krankenkasse)

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!

(Unterschrift)

(Unterschrift)

(Ich 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 **Schulzeugnisse** mit (gilt nur für Herrn Dr. Stilke). Eine Überweisung ist nicht erforderlich, da Kinder keine Praxisgebühren zahlen!

Zur unserer Sicherheit geben Sie / gib Du noch einmal an, bei wem der Termin sein soll:

Dr. Dirk Stilke

Dr. Kristina Petri-Stilke