vitos:
Klinik Rheinhöhe

Elternfragebogen für die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: Tel. 06195 97 65 2 -100 Fax: 06195 97 65 2 -110

Sekretariat-Ambulanz.KJP-Kelkheim@vitos-rheingau.de

Vitos kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz Kelkheim

Frankfurter Str. 63

65779 Kelkheim

Sie können diesen Fragebogen in einem Fensterbriefumschlag verschicken.

Bitte ausreichend frankieren!

Vorname des Kindes: _____ **Name:** _____

geb. am: _____ PLZ, Wohnort: _____

Straße: _____ Tel.: _____

Mobil/Handy: _____ E-Mail: _____

Nationalität: _____ ggf. Herkunftsland: _____

überweisender Kinder- / Hausarzt: _____

Adresse Hausarzt: _____

Krankenkasse: ☐ gesetzlich ☐ privat **Name der Krankenkasse:** _____

versichert durch: _____ geb.: _____

Wurde das Kind schon einmal in unserer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt?

☐ nein wenn ja → ☐ ambulant ☐ stationär

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt:

Vor- und Zuname: _____ ausgefüllt am: _____

☐ Vater ☐ Mutter ☐ andere Person: welche? _____

Für eine erfolgreiche Beratung sind für uns einige Informationen notwendig und hilfreich. Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben **streng vertraulich** behandeln!

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten gleichzeitig möglich, andere Fragen werden vielleicht gar nicht auf das Kind zutreffen. Sie können auch Fragen unbeantwortet lassen. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. In diesen Fällen schreiben Sie bitte Ihre Antworten in Stichworten in die entsprechenden leeren Zeilen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne beim Ambulanztermin zur Verfügung. **Wenn Sie es einrichten können, sollten beide Eltern das Kind zur Erstuntersuchung begleiten.** Hier können Sie und die Kinder bzw. Jugendlichen das Anliegen schildern und gemeinsam mit den TherapeutInnen nach entwicklungsförderlichen Lösungsmöglichkeiten suchen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Zunächst würden wir gerne einen Überblick darüber bekommen, was Sie zu uns führt.

I. Gründe der Vorstellung

1. **Was sind** die aktuellen Gründe, unsere Abteilung aufzusuchen? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt das Kind? *(Bitte in Stichworten beschreiben)*

2. **Wann ist** dieses Verhalten / sind diese körperlichen Beschwerden Ihrer Erinnerung nach erstmals aufgetreten?

   ☐ ganz allmählich, etwa mit _____ Jahren beginnend

   ☐ plötzlich im Alter von _____ Jahren

3. **Gab es** irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?

   ☐ nein ☐ ja → welche? _____

4. **Zeigt sich** das Verhalten häufiger oder seltener, wenn das Kind sich an bestimmten Orten aufhält, zu bestimmten Tageszeiten, in bestimmten Situationen und / oder in Anwesenheit bestimmter Personen?

   ☐ nein

   ☐ häufiger bzw. stärker, wenn: _____

   ☐ seltener bzw. schwächer, wenn: _____

5. **Für wen** ist dieses Verhalten des Kindes das größte Problem, wer leidet am meisten darunter?

6. **Wie haben** Sie bisher auf das genannte Verhalten des Kindes reagiert?

7. **Wie haben** für das Kind wichtige Personen (anderer Elternteil, Großeltern, ErzieherInnen, LehrerInnen, usw.) auf das genannte Verhalten reagiert?

8. **Wer hat uns empfohlen?** Mit welchen Erwartungen?

9. **Welche anderen Stellen haben Sie wegen des beschriebenen Verhaltens bereits aufgesucht?**

☐ Psychologie ☐ Ergotherapie ☐ Frühförderung

☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie

☐ Erziehungsberatung ☐ Sozial-Päd. Zentrum

Anschrift:	Von – Bis:	Aus welchem Anlass:

Bitte bringen Sie entsprechende Unterlagen in Kopie mit.

10. **Welche Untersuchungen/Behandlungen** haben bereits stattgefunden? (Bitte Unterlagen **in Kopie** mitbringen)

_____

11. **Welche Maßnahmen** (z. B. Fördermaßnahmen) wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen?
Mit welchem Erfolg?

_____

12. **Was gefällt** Ihnen an dem Kind besonders?

_____

13. **Was soll** sich durch eine Therapie auf keinen Fall verändern?

_____

II. Körperliche und geistige Entwicklung des Kindes

14. **Wie verlief** die Schwangerschaft?

☐ normal

☐ Komplikationen (wie Schwangerschaftsvergiftung, Erkrankungen der Mutter, Konsum von Nikotin, Alkohol./ Drogen etc.)_____

☐ Belastungen (wie Erkrankungen im Umfeld, finanzielle Sorgen, Trennungskonflikte, etc.)_____

_____

15. **Wie verlief** die Geburt?

☐ normal ☐ Frühgeburt Geburtsgröße: _____ Geburtsgewicht: _____Kopfumfang:_____

SS-Woche: _____APGAR Werte: _ _ / _ _ / _ _ pH-Wert: _____

Komplikationen: (Zangengeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt, Nabelschnur um den Hals, blau im Gesicht, usw.):

_____

16. **Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes:**_____

17. **Gab es** nachgeburtliche Komplikationen?

    ☐ nein ☐ ja → welche? _____

18. **Wurde** das Kind gestillt?

    ☐ nein ☐ ja → wie lange? _____

19. **Entwicklung** im 1. Lebensjahr (pflegeleicht, Schreibaby, Speikind, Gedeihstörungen, Schlafstörungen)

    _____

20. **Ist das Kind** gekrabbelt? ☐ nein ☐ ja

21. **Mit wie viel Monaten** lernte das Kind laufen? Monate

22. **Erfolgte** eine krankengymnastische / ergotherapeutische Behandlung / Frühförderung?

    ☐ nein ☐ ja → was und wann? _____

23. **Wann lernte** das Kind sprechen?

    Erste Worte: _____ 2-3-Wort-Sätze: _____ Ganze Sätze: _____

    23a **Macht** ihr Kind Fehler in der Aussprache und / oder in der Grammatik? ☐ nein ☐ ja

    23b **Können** Sie mit Ihrem Kind ein wechselseitiges Gespräch führen? ☐ nein ☐ ja

    23c **Erfolgte** eine Sprachtherapie?

    ☐ nein ☐ ja, von: _____ bis: _____ wegen: _____

24. **Besteht** eine Sehschwäche?

    ☐ nein ☐ ja, trägt Brille seit: _____ wegen: _____

25. **Erfolgte** eine Hörüberprüfung? ☐ nein ☐ ja → wann? _____

    Besteht ein Hörschaden? ☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

26. **Gab** es eine Trotzphase? ☐ nein ☐ ja, im Alter von: _____

27. **Wann war** das Kind sauber? _____

    Wann war es tagsüber trocken? _____Wann war es nachtsüber trocken? _____

28. **Beginn** der Pubertät?

    ☐ befindet sich noch nicht in der Pubertät ☐ im Alter von: _____ ☐ erste Monatsblutung im Alter von: ___

29. **Leidet das Kind** an einer bestimmten körperlichen Erkrankung (Anfallsleiden, usw.) oder erblichen angeborenen Erkrankungen?

    ☐ nein ☐ ja → seit wann, welche? _____

30. **Nimmt das Kind** regelmäßig Medikamente ein?

☐ nein ☐ ja → welche? _____

31. **War das Kind** schon einmal im Krankenhaus?

☐ nein ☐ ja → Alter von? Krankheit? Operation? _____

32. **Hat das Kind** schon einmal einen Unfall erlitten?

☐ nein ☐ ja → wann? Art des Unfalls? _____

33. **Welche** Kinderkrankheiten hat das Kind gehabt?_____

34. Gab es **Impfzwischenfälle?**_____

35. Hat Ihr Kind **Unverträglichkeiten**, Allergien gegen Medikamente oder Substanzen?

☐ nein ☐ ja → wenn ja, welche ? ☐ Penicillin ☐ Gluten ☐ Laktose ☐ Andere

_____

III. Kindergarten - Schule

36. **Kindergartenbesuch:**

☐ im Alter von: _____ ☐ besuchte keinen Kindergarten, weil: _____

_____

37. **Wie ist / war** das Verhalten im Kindergarten?

☐ ohne Probleme ☐ konnte sich nicht von der Mutter trennen

☐ es gibt / gab Schwierigkeiten, weil: _____

38. **Besuchte** das Kind den Kindergarten bis zum Schulbesuch? ☐ nein ☐ ja

Nur falls noch Kindergartenkind:

39. **Das Kind besucht** zurzeit folgenden Kindergarten

☐ Regelkindergarten ☐ Heilpädagogischer Kiga ☐ Sprachheil Kiga ☐ Waldkindergarten etc…

Name und Anschrift des Kindergartens: _____

Wenn das Kind nicht zur Schule / Vorschule geht, können Sie die Fragen 40 bis 49 überspringen.

40. **Das Kind besucht** zurzeit folgende Schule / folgenden Schultyp:

☐ Vorschule ☐ Grundschule ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Gymnasium ☐ Gesamtschule

☐ Förderschule

Name und Anschrift der Schule: _____

Da zu einer umfassenden Beurteilung des Kindes das familiäre und soziale Umfeld sowie seine körperliche

Entwicklung wichtig sind, bitten wir Sie nun, die folgenden Fragen zu beantworten.

41. **Schulzeit:**

eingeschult im Alter von: _____Jahren vorzeitig / verspätet weil: _____

von …… bis ……Schulart: ……Ort:……...

von …… bis ……Schulart: ……Ort:……...

von …… bis ……Schulart: ……Ort:……...

Wurde eine Klasse wiederholt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche und warum: ……

Zeitweise kein Schulbesuch: Von …… Bis. ……..

Aufgrund?.....

42. **Geht das Kind** gern zur Schule?

☐ ja ☐ verspätet sich oft

☐ geht regelmäßig ☐ hat regelmäßig Angst vor der Schule

☐ erscheint unterfordert ☐ überfordert ☐ schwänzt die Schule

☐ hat keine Lust

☐ fehlt oft wegen _____

43. **Welche besonderen** schulischen Interessen hat das Kind?

_____

44. **Welche Fächer** fallen dem Kind schwerer?

_____

45. **Ist die Versetzung** in die nächste Klasse gefährdet?

☐ nein ☐ ja, wegen: _____

46. **Was beanstanden** die Lehrer besonders an den Leistungen und / oder dem Verhalten des Kindes?

Bitte in Stichworten beschreiben: _____

_____

Was loben sie, wo fällt es positiv auf? _____

Bitte in Stichworten beschreiben: _____

47. **Wie zufrieden sind Sie mit der Erledigung der Hausaufgaben durch das Kind?**

Bitte geben Sie eine Einschätzung von 1 bis 6: _____

☐ muss meistens dazu besonders aufgefordert werden

☐ trödelt, unkonzentriert

☐ arbeitet nachlässig

☐ dem Kind muss ständig geholfen werden

☐ verschweigt oft, dass es Hausaufgaben aufhat

☐ weigert sich oft, die Hausaufgaben zu machen

48. **Dauer** der Hausaufgaben? _____

49. **Wer betreut** das Kind dabei? _____

IV. Freizeit - Freunde - Fähigkeiten

50. **Ist das Kind** in einer Kinder-, Jugendgruppe oder in einem Verein?

☐ nein ☐ ja, in: _____

51. **Wie schätzen Sie** die Kontakte des Kindes zu Freunden ein (außerhalb von Kindergarten bzw. Schule)?

☐ spielt mit vielen Kindern

☐ hat 1-2 gute Freunde

☐ hat keine Freunde

☐ spielt überwiegend mit älteren Kindern

☐ spielt überwiegend mit jüngeren Kindern

☐ hat Schwierigkeiten, weil _____

52. **Welche besonderen** Neigungen, Hobbys hat das Kind?

_____

53. **Worin sehen Sie** seine besonderen Fähigkeiten?

_____

54. **Womit beschäftigt sich Ihr Kind in seiner freien Zeit**? Mein Kind:

☐ trifft sich mit Freunden

☐ beschäftigt sich mit _____

☐ sieht Fernsehen: Wie viele Stunden? _____

☐ spielt Computer / Videospiele: Wie viele Std? _____

☐ beschäftigt sich mit Handy / Smartphone: Wie viele Std? _____

☐ ist viel mit Erwachsenen zusammen

☐ langweilt sich

V. Weitere Problembereiche

*Es folgen nun Fragen zu unterschiedlichen Bereichen, in denen Kinder und Jugendliche unserer Erfahrung nach eventuell Schwierigkeiten oder Probleme haben **können**. Bitte beantworten Sie auch diese Fragen, damit wir uns ein umfassendes Bild machen können.*

55. **Ist das Kind** oft sehr unruhig und / oder fällt es ihm schwer, aufmerksam zu sein?

☐ nein / insbesondere bei (beschreiben Sie ggf. die Tätigkeit / das Spiel)_____

_____

☐ ja / seit wann? In welchen Situationen (zu Hause, in der Schule, Freizeit)? _____

_____

56. **Kommt es** bei dem Kind sehr häufig vor, dass es trotzig ist und Erwachsene oder Kinder ärgert?

☐ nein ☐ ja → In welchen Situationen und wem gegenüber?

☐ nur zu Hause gegenüber Mutter / Vater / Geschwistern

☐ nur in der Schule, Mitschülern / Lehrern gegenüber

☐ im Freizeitbereich

☐ überall

57. **Kommt es vor**, dass das Kind tagsüber oder nachts einnässt?

☐ nein ☐ ja → ☐ war schon einmal länger als 6 Wochen hintereinander trocken

☐ nässt tags ein, seit: _____ca.: _____ mal pro Woche

☐ nässt nachts ein, seit:_____ ca.: _____ mal pro Woche

Welche medizinischen Untersuchungen fanden statt? _____

☐ nahm / nimmt welche Medikamente ein? _____

58. **Kommt es vor**, dass das Kind tagsüber oder nachts einkotet?

☐ nein ☐ ja → ☐ kotet tags ein, seit: __ ca.: __ mal pro Woche

☐ kotet nachts ein, seit: _____ ca.: _____ mal pro Woche

Welche medizinischen Untersuchungen fanden statt? _____

_____

59. **Ist das Kind** sehr aggressiv oder ungehorsam anderen Personen gegenüber? Wir meinen damit z.B., dass es stiehlt, häufig wegläuft, in Schlägereien verwickelt ist, mit Gegenständen andere bedroht, fremdes Eigentum absichtlich beschädigt, zündelt, Tiere quält, einbricht, die Schule schwänzt, Kontakt mit der Polizei hat, sexuelle Übergriffe usw...

☐ nein ☐ ja → *Bitte in Stichworten beschreiben:* _____

_____

60. **Trinkt** das Kind Alkohol?

☐ nein ☐ ja → Was, wie viel und wie häufig pro Woche? _____

61. **Raucht** das Kind?

☐ nein ☐ ja → Wie häufig und wie viel pro Tag? _____

62. **Nimmt das** Kind irgendetwas (Medikamente, Drogen), um seine Stimmung zu beeinflussen oder um sich aufzuputschen?

☐ nein ☐ ja → Was und wie viel pro Woche? _____

63. **Gab es** schon einmal eine Zeit, in der das Kind über längere Zeit hinweg in seiner Stimmung deutlich verändert war?

☐ nein ☐ ja → seit wann, wie lange? _____

☐ traurig, bedrückt

☐ ganz ärgerlich, gereizt, unzufrieden mit allem

☐ interesselos an den meisten Dingen

☐ unangemessen fröhlich

☐ schläft sehr viel / sehr wenig

☐ kann sich schlecht konzentrieren

☐ fühlt sich schuldig

☐ fühlt sich wertlos

Bitte beschreiben: _____

_____

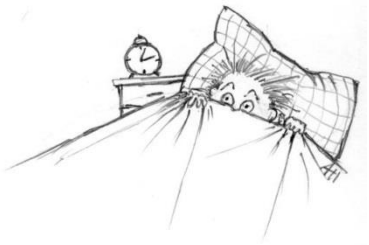
64. **Spricht das Kind** öfter darüber, dass es sich umbringen oder etwas antun will; oder hat es sich schon einmal bewusst verletzt oder einen Selbstmordversuch begangen?

☐ nein ☐ ja → seit wann, wie oft? Bitte beschreiben:

_____

65. **Hat das Kind** große Angst oder Befürchtungen und / oder reagiert es bisweilen panisch?

☐ nein ☐ ja → seit wann, wie lange?



☐ körperliche Symptome, z.B. Herzklopfen

☐ Angst sich zu trennen: Von wem? _____

☐ Angst, dass jemand etwas zustößt: Wem? _____

☐ Angst vor bestimmten Dingen: _____

☐ Angst vor bestimmten Orten, z.B. Geschäften, Fahrstühlen, Menschenmengen:

_____

☐ Befürchtungen, dass es einen Angstanfall bekommen könnte

☐ sehr ängstlich, aufgeregt, nervös, wenn es mit anderen Menschen zusammen ist

Bitte beschreiben: _____

_____

66. **Fallen Ihnen** im Verhalten des Kindes zwanghafte Wiederholungen, übermäßiges Kontrollieren auf, oder besteht es auf bestimmten Abläufen oder berichtet es, dass es durch immer wiederkehrende Gedanken gestört wird?

☐ nein ☐ ja → seit wann, wie lange? Bitte beschreiben:

_____

Das Kind:

☐ wäscht sich immer wieder die Hände

☐ kontrolliert immer wieder: _____

☐ wiederholt immer wieder: _____

☐ berichtet von immer wiederkehrenden Gedanken, Vorstellungen

☐ macht sich mehr Sorgen als eigentlich nötig wären:

Worüber? Um wen? _____

67. **Haben Sie** den Eindruck, dass sich das Kind an ein sehr belastendes oder lebensbedrohliches Ereignis erinnert, dass es Opfer einer Gewalttat (ernsthafte Körperverletzung, sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung, tätlicher Angriff), eines Verkehrsunfalls oder einer Naturkatastrophe war oder dass es gesehen hat, wie jemandem so etwas geschehen ist?

☐ nein ☐ ja → wann, was? Bitte beschreiben:

_____

68. **Hat es schon** einmal eine Zeit gegeben, in der das Kind eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht hat, wie z.B. Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkten?

☐ nein ☐ ja → wann, was? Bitte beschreiben:

_____

_____

69. **Wenn möglich**, geben Sie bitte die Körpergröße und das Gewicht des Kindes an: ___ cm ___ kg

70. **Sind** Sie mit dem Gewicht zufrieden?

☐ ja

☐ wiegt zu wenig

☐ hat stark abgenommen: _____ kg innerhalb von: _____

☐ wiegt zu viel

☐ hat stark zugenommen: _____ kg innerhalb von: _____

71. **Machen Sie** sich Sorgen um das Essverhalten des Kindes?

☐ nein ☐ ja → seit wann?: _____

Das Kind:

☐ isst zu viel

☐ nimmt Abführ- oder Diätmittel ein

☐ isst zu wenig ☐ erbricht nach der Mahlzeit

☐ hat Essanfälle oder Heißhungerattacken

_____

72. **Wie lange** schläft ihr Kind in der Regel?

Dauer des Nachtschlafs: _____

☐ Einschlafprobleme

☐ Durchschlafprobleme

☐ Häufiges nächtliches Aufschrecken

☐ Alpträume

73. **Klagt das Kind** häufiger über körperliche Beschwerden?

☐ nein ☐ ja → seit wann, wie oft, in welchen Situationen? _____

_____

Das Kind hat:

☐ Kopfschmerzen: Häufigkeit? _____

☐ Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen: Häufigkeit? _____

☐ Tics (Blinzeln, Kopfwerfen, Schulterzucken, Grimassieren, Räuspern, usw.)
Häufigkeit? _____

☐ erbricht nach der Mahlzeit

☐ sonstige Beschwerden: _____

74. **Hier ist Raum** für alle Dinge, die für Sie noch wichtig sind, die wir aber vielleicht nicht erfragt haben.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

VI. Familiäre Situation

75. **Name des Vaters** / Geburtsdatum: _____

Schulbildung / Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

76. **Name der Mutter** / Geburtsdatum: _____

Schulbildung / Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

77. **Familiäre Situation:**

☐ Mutter und Vater verheiratet seit: _____

☐ Mutter / Vater verstorben seit: _____

☐ Mutter / Vater krank, behindert: _____

☐ getrennt / geschieden seit: _____

☐ **Sorgerecht liegt bei:** _____

☐ wieder verheiratet, wer, seit? _____

☐ nichteheliches Kind: _____

☐ Kind wurde adoptiert im Alter von: _____

☐ Pflegekind, seit: _____

☐ Kind lebte im Heim von: _____ bis: _____

77a. **Großeltern**

☐ Mutter des Vaters, Alter: _____ Kontakt: ☐ ja ☐ nein

☐ Vater des Vaters, Alter: _____ Kontakt: ☐ ja ☐ nein

☐ Mutter der Mutter, Alter: _____ Kontakt: ☐ ja ☐ nein

☐ Vater der Mutter, Alter: _____ Kontakt: ☐ ja ☐ nein

78. **Von wem** wurde das Kind bisher vorwiegend erzogen?

☐ von der Mutter ☐ vom Vater ☐ von der Großeltern

☐ von: _____

79. **Welche weiteren** Personen leben zusammen mit dem Kind im gleichen Haushalt und üben einen Einfluss auf die Erziehung des Kindes aus?

_____

Bei Scheidung oder Trennung der Eltern?

a) bei wem lebt das Kind?

☐ bei der Mutter ☐ beim Vater ☐ lebt nicht bei den Eltern, sondern bei: _____

b) wie häufig hat es Kontakt zum anderen Elternteil?

☐ überhaupt nicht ☐ etwa alle _____ Wochen bzw. _____ mal jährlich

80. **Wer betreut** das Kind, wenn es vom Kindergarten / Schule nach Hause kommt?

_____

81. **Sind sich die Eltern** hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig?

☐ ja ☐ häufig uneinig ☐ entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

82. **Hat das Kind** zu Hause regelmäßige Pflichten/Aufgaben?

☐ nein ☐ ja → welche? _____

83. **Geschwister:**

Name / Geburtsdatum _____

_____

Schule / Ausbildung _____

_____

84. **Wohnverhältnisse:**

☐ ausreichend: _____

☐ ungünstige, beengte Verhältnisse: _____

☐ Kind teilt sich Zimmer mit: _____

☐ häufiger Wohnungswechsel: _____

85. **Finanzielle Situation:** ☐ zufriedenstellend ☐ ausreichend ☐ belastend

86. **Wurde irgendjemand** aus der Familie des Kindes jemals wegen Ängsten, Depressionen, Ess-, Alkoholproblemen oder anderen psychischen Problemen ambulant oder in einer Klinik behandelt? Oder hatte jemand solche Probleme, suchte aber keine Hilfe auf?

☐ nein ☐ ja → wer? (*Bitte näher beschreiben*) _____

87. **Belastungsfaktoren:** Gibt es aktuelle oder vergangene belastende Ereignisse, die Ihre Familie betreffen? (zum Beispiel Krankheiten, Unfälle oder Behinderungen von Angehörigen, Todesfälle…)

88. ☐ nein ☐ ja → wer? (*Bitte näher beschreiben*) _____

_____

_____

_____

vitos:
Klinik Rheinhöhe

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

☐ Alleinerziehend ☐ gemeinsames Sorgerecht

Mit der Vorstellung meines Kindes _____

in der Vitos kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz Kelkheim, Frankfurter Str. 63, 65779 Kelkheim, bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter: _____

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters: _____

*(Bitte beachten Sie, dass wir in jedem Fall die Unterschrift von **beiden** sorgeberechtigten Eltern benötigen)*

Falls das Personensorgerecht nicht bei den Eltern liegt:

Mit der Vorstellung von _____

in der Vitos kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz Kelkheim, Frankfurter Str. 63, 65779 Kelkheim bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten: _____

Zur Sicherung einer guten Versorgung Ihres Kindes schicken wir in der Regel einen Bericht an den überweisenden Haus- oder Kinderarzt.

Bitte entbinden Sie uns hierzu von unserer Schweigepflicht:

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Als Erziehungsberechtigte/r des Kindes :

_____

entbinde ich hiermit die Mitarbeiter/Innen der Institutsambulanz der Klinik Rheinhöhe in Kelkheim

von der Schweigepflicht gegenüber der /dem zuständigen Kinder / Hausarzt.

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____