

**Pommes mit Marmelade MVZ GmbH**  
**Medizinisches Versorgungszentrum**  
**für Kinder- und Jugendpsychiatrie**  
**und -psychotherapie**

Praxisinhaberin:  
Dr. med. Dipl.-Psych. Anne Balsam  
Mail: info@kjp-praxis-nuernberg.de

**Niederlassung in Nürnberg:**  
Frankenstraße 160  
90461 Nürnberg  
Tel.: 0911 – 200 980 7  
Fax: 0911 – 200 980 8

**Niederlassung in Lauf:**  
Marktplatz 5  
91207 Lauf  
Tel.: 09123 – 18 337 33  
Fax: 09123 – 18 337 30

## **Anmeldebogen Erstvorstellung**

Anmeldebogen wird ausgefüllt von (Vorname, Name): \_\_\_\_\_

Beziehung bzgl. Patient:in: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Kindesmutter ☐ Kindsvater ☐ Familienhilfe  
☐ sonstige Person: \_\_\_\_\_

### **1. Patient:in - Basisdaten**

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Eigene Mobilnummer: \_\_\_\_\_  
Eigene Mailadresse: \_\_\_\_\_

### **2. Patient:in – Krankenkasse**

Name: \_\_\_\_\_  
Patient:in ist: ☐ Gesetzlich versichert ☐ Privatversichert  
Hauptversicherte:r (Name, Adresse):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Kinderarzt (Name, Adresse):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hausarzt (Name, Adresse):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte Seite 1 bis 5 vollständig ausfüllen – vielen Dank.**

Eingang: \_\_\_\_\_ Terminvorschlag: \_\_\_\_\_ Bestätigt: \_\_\_\_\_ Kürzel: \_\_\_\_\_  
(Wird von Praxis ausgefüllt!)

### **3. Aktueller Vorstellungsanlass**

Die Vorstellung des Kindes oder des jungen Menschen in unserer Praxis erfolgt, weil...

---

---

---

---

---

---

☐ Eigener Initiative/Abklärungswunsch ☐ Empfehlung von \_\_\_\_\_

### **4. Kindseltern**

#### ***4.1 Kindsmutter - Basisdaten***

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: ☐ wie Patient:in

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Alter: \_\_\_\_\_

Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_

Aktuelle Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

Beschäftigung: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

#### ***4.2 Kindsvater - Basisdaten***

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: ☐ wie Patient:in

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Alter: \_\_\_\_\_

Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_

Aktuelle Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

Beschäftigung: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

### **4.3 Rahmensituation**

Sorgerecht: ☐ Kindsmutter ☐ Kindsvater ☐ Vormund

Leibliche Eltern sind: ☐ verheiratet ☐ leben zusammen

☐ getrennt seit: \_\_\_\_\_ ☐ geschieden seit: \_\_\_\_\_

### **4.4 Geschwister**

Name, Alter aller Geschwister:

---

---

Patient:in lebt im Haushalt mit:

---

### **5. Bisherige Maßnahmen/Hilfen/Förderung**

Frühförderung (Name, von/bis): \_\_\_\_\_

Krankengymnastik (Name, von/bis): \_\_\_\_\_

Ergotherapie (Name, von/bis): \_\_\_\_\_

Logopädie (Name, von/bis): \_\_\_\_\_

Lerntherapie (Name, von/bis): \_\_\_\_\_

Psychotherapie (Name, von/bis): \_\_\_\_\_

SPZ (Name, von/bis): \_\_\_\_\_

Vorbehandlung bei Kinder- und Jugendpsychiater:in (Name, von/bis):

---

Aufenthalt(e) in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik (Name, von/bis):

---

weiterer Aufenthalt bei: \_\_\_\_\_

### **6. Jugendhilfe-Maßnahmen**

☐ Familienhilfe (Name, von/bis): \_\_\_\_\_

☐ Erziehungsbeistand (Name, von/bis): \_\_\_\_\_

☐ Heilpädagogische Tagesstätte (HPT) (Name, von/bis): \_\_\_\_\_

☐ Erziehungsberatungsstelle (Name, von/bis): \_\_\_\_\_

☐ Wohngruppe (Name, von/bis): \_\_\_\_\_

☐ Art der Hilfe (z. B. Familienhilfe, Erziehungsbeistand): \_\_\_\_\_

Zuständiges Jugendamt + Name der ASD-Fachkraft + Telefonnummer/Mailadresse:

---

---

**Bitte bringen Sie alle Unterlagen von bisherigen Ärzt:innen, Therapeut:innen und Einrichtungen mit (z. B. Arztbriefe, Befunde, Bestellungen, Gutachten)!**

## **7. Fragebogen zur Lebensgeschichte**

### **7.1 Schwangerschaft und Geburt**

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft (z. B. vorzeitige Wehen, Blutungen)?

☐ Nein ☐ Ja: \_\_\_\_\_

Geburt: ☐ natürlich ☐ Kaiserschnitt

Geburt in der Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Komplikation während der Geburt: ☐ Nein ☐ Ja: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_

Körperlänge: \_\_\_\_\_

Apgar (siehe U-Heft): \_\_\_\_\_

### **7.2 Frühkindliche Entwicklung**

Motorische Entwicklung: ☐ zeitgemäß ☐ verzögert

Freies Laufen mit ca. \_\_\_\_\_ Monaten

Sprachentwicklung:

☐ zeitgemäß

☐ auffällig (z. B. verzögert, Probleme mit einzelnen Lauten, Satzbildung, etc.): \_\_\_\_\_

### **7.3 Sauberkeitsentwicklung:**

☐ komplett sauber mit \_\_\_\_\_ Jahren

☐ nässt noch ein (tags/nachts)

☐ kotet noch ein

### **7.4 Erste Fremdbetreuungen:**

Kinderkrippe / Tagesmutter mit \_\_\_\_\_ Jahren

Kindergarten mit \_\_\_\_\_ Jahren

Verhaltensauffälligkeiten Kindergarten:

☐ Nein ☐ Ja: \_\_\_\_\_

Feste Freundschaften im Kindergarten: ☐ Nein ☐ Ja

### **7.5 Schulbesuch**

Einschulung im Alter von: \_\_\_\_\_

Zurückstellung: ☐ nein ☐ ja: \_\_\_\_\_

Einschulung: ☐ (Regel-)Grundschule ☐ andere Einrichtung (Förder-/Montessori-/Waldorf-etc.):

---

Aktuelle Schule: ☐ Grundschule ☐ Mittelschule ☐ Förderschule ☐ Realschule ☐ Gymnasium

Name der Schule: \_\_\_\_\_

Klasse und Name der Klassenleitung: \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten in der Schule:

☐ Nein ☐ Ja: \_\_\_\_\_

Feste Freunde in der Klasse? ☐ Ja ☐ Nein

Übernachtungen auswärts möglich (Freunde/ andere Bezugspersonen)? ☐ Ja ☐ Nein

### **8. Freizeitgestaltung**

Hobbys/Interessen:

---

Verein/Regelmäßige Termine:

---

### **9. Körperliche Gesundheit (bei Patient:in - Befund ggf. bitte vorlegen!)**

Erkrankung in der Vergangenheit?

☐ Nein ☐ Ja:

---

Chronische Erkrankung (z. B. Asthma, Epilepsie)?

☐ Nein ☐ Ja:

---

Allergien? ☐ Nein ☐ Ja: \_\_\_\_\_

Operationen? ☐ Nein ☐ Ja: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihrem Kind eine „pädaudiologische“ Untersuchung (ausführliche Höruntersuchung bei HNO-Arzt) durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja – gab es Auffälligkeiten?

---

Wurde Ihr Kind augenärztlich untersucht? ☐ Nein ☐ Ja – gab es Auffälligkeiten?

---

## Checkliste für die Erstvorstellung

Bitte überprüfen Sie Ihre Unterlagen und kreuzen Sie die vorhandenen an:

	Unterlagen	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	<b>Anmeldebogen</b> (ausgefüllt)	
<input type="checkbox"/>	<b>Praxisvereinbarung</b> (unterschrieben)	
<input type="checkbox"/>	<b>Gelbes U-Heft</b> (Entwicklungs-/Vorsorgeuntersuchungen)	
<input type="checkbox"/>	<b>Schulzeugnisse</b> (alle Jahre)	
<input type="checkbox"/>	<b>Vorbefunde/Arztbriefe</b> (alle Fachrichtungen)	
<input type="checkbox"/>	<b>Sorgerechtsnachweis:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Einverständnis getrenntlebendes Elternteil</li><li>- Negativbescheinigung alleiniges Sorgerecht</li><li>- Jugendamtsbestellungen</li></ul>	
<input type="checkbox"/>	<b>Behandlungsvollmacht</b> (Wohngruppen/Pflegefamilien)	
<input type="checkbox"/>	<b>Jugendamtsunterlagen</b> (alle Schreiben, Bescheide)	
<input type="checkbox"/>	<b>Med. Dienst/Bezirk Mittelfranken</b> (Gutachten, Bescheide)	
<input type="checkbox"/>	<b>Medikamentenliste</b> (aktuelle + vergangene)	
<input type="checkbox"/>	<b>Versichertenkarte</b> (Patient:in)	

Hiermit bestätige ich, dass ich die mitgekreuzten Unterlagen vorliegen habe.

Ort; Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank.**