



Fragebogen vor Aufnahme der Behandlung

Kind / Jugendlicher

(Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Anmeldung: _____

Geschlecht: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift (Straße): _____

eMail: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon Festnetz: _____

Mobil: _____

Krankenkasse: _____

Mit wem versichert? _____

Kinder-/Hausarzt: _____

Derzeitiger Kindergarten
/ Schule: _____

Klasse: _____

Musste bereits eine Jahrgangsstufe wiederholt werden?

Ja

Nein

Wenn ja, welche: _____

Gab es einen

besonderen Grund? _____

Die Vorstellung bei uns erfolgt
auf Empfehlung von: _____

Leibliche Mutter:

Name, Vorname: _____

Geb. am: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Schulabschluss: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Das Sorgerecht liegt bei: _____

Die Eltern sind

verheiratet

getrennt seit: _____

Elternteil ist
verstorben, wer: _____

Leiblicher Vater:

Name, Vorname: _____

Geb. am: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Schulabschluss: _____

Ausgeübter Beruf: _____

leben zusammen

geschieden seit: _____

Kind / Jugendlicher
ist Adoptiv- oder
Pflegekind



Lebte Ihr Kind schon
einmal außerhalb der
Familie?

Ja Nein

Von wann bis wann?

Kind / Jugendlicher lebte in / bei:

Kind / Jugendlicher lebt
aktuell in einer
Einrichtung?

Ja Nein Falls ja,
welche Einrichtung?

Geschwister:

Vorname

Geburtsjahr /
Männlich (M)/Weiblich (W)

Geschwister (G), Halb-
(HG), Stiefgeschwister (SG)

Bekannte Krankheiten

Schildern Sie bitte die
Probleme, die zur
Vorstellung bei uns
führen und seit wann
diese bestehen:

Gab es in der Schwangerschaft Probleme?
Wenn ja, welche:

Gab es während der Geburt Probleme?
Wenn ja, welche:

Gab es wichtige Vorerkrankungen /
Klinikaufenthalte?

Gibt es aktuelle körperliche Erkrankungen?

Ist oder war Ihr Kind in ergotherapeutischer,
logopädischer, krankengymnastischer oder
einer anderen therapeutischen Behandlung?
Ggf., weswegen?



DR. JAKOB NÜTZEL
FACHARZT FÜR KINDER- UND
JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

Wurde Ihr Kind schon einmal bei einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater, -psychotherapeuten oder in einer entsprechenden Klinikabteilung vorgestellt? _____

Wichtig:

Findet **gegenwärtig** eine Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer (kinder- und jugend)psychiatrischen Institutsambulanz (KJ-PIA) oder bei einer/einem anderen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater/in statt?

Ja Nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche, in welcher Dosierung und seit wann?

Medikament:	Dosierung:	Einnahme seit wann?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Gibt es psychische Erkrankungen innerhalb der Familie? _____

Gibt es körperliche Erkrankungen innerhalb der Familie? _____

Welche Ziele hat Ihr Kind für die Behandlung bei uns?

Welche Ziele für die Behandlung haben Sie?



DR. JAKOB NÜTZEL
FACHARZT FÜR KINDER- UND
JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

Was wäre Ihnen noch wichtig mitzuteilen oder zu fragen?

Bitte kommen Sie zum ersten Termin gemeinsam mit ihrem Kind.

Ausführliche Informationen über den Ablauf der Untersuchung finden Sie auf unserer Homepage unter www.kjp-nuetzel.de

Bei getrennt lebenden Eltern, die die elterliche Sorge gemeinsam ausüben, ist die schriftliche Einwilligung beider Elternteile in die Behandlung notwendig. Andernfalls kann über das Erstgespräch hinaus keine weitere Behandlung erfolgen. Bitte bringen Sie daher zum Erstgespräch die Einverständniserklärung für beide Elternteile mit, die Sie auf der folgenden Seite finden. Vielen Dank!

BITTE BRINGEN SIE ZUM VORSTELLUNGSTERMIN FOLGENDE UNTERLAGEN MIT:

- Versichertenkarte des Patienten (wird diese nicht vorgelegt, muss die Untersuchung privat in Rechnung gestellt werden)
- Das gelbe Untersuchungsheft für Kinder (U1-U9)
- Kopie verfügbarer Schulzeugnisse
- Kopie vorhandener Vorbefunde (Kinder- und Jugendpsychiater, Schulpsychologe, HNO, Augenarzt, etc.)

Bitte schicken Sie uns diesen Fragebogen noch vor Ihrem ersten Termin ausgefüllt an uns zurück.
Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr
Dr. Jakob Nützel

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
Fischergasse 16 (der Eingang befindet sich in der Türlmühlstraße)
82362 Weilheim

Tel. 0881 / 6009 43 – 0
Fax 0881 / 6009 43 – 29
info@kjp-nuetzel.de
www.kjp-nuetzel.de

Einwilligungserklärung bei gemeinsamer elterlicher Sorge

Kind / Jugendliche/r _____
(Name, Vorname):

Geburtsdatum: _____

Gemeinsame Erklärung:

Als gemeinsam sorgeberechtigte Elternteile erklären wir, dass wir mit der Behandlung unseres Kindes in der Praxis Dr. med. Jakob Nützel einverstanden sind.

Vor- und Zuname der Mutter

Vor- und Zuname des Vaters

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater

Ort, Datum

Ort, Datum

Kontaktdaten des zweiten Elternteils (nicht auf der ersten Seite angegeben):

eMail: _____

Festnetz: _____

Mobil: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____