



## PRAXIS FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE DR. MED. ADRIANA LISITANO

MÜNCHENER STRASSE 14  
85748 GARCHING  
TEL: 089/326 21 00  
FAX: 089/552 796 09  
MAIL@LISITANO-KINDERPSYCHIATRIE.DE

### Anmeldebogen zur fachärztlichen Untersuchung

Liebe Eltern, liebe(r) Sorgeberechtigte(r),

Sie erhalten den Anmeldebogen zur Vorbereitung auf das erste Gespräch in unserer Praxis. Der Fragebogen ist umfangreich und soll uns einen ersten Einblick in die Entwicklung Ihres Kindes gewähren. Wir bitten Sie, die Fragen so genau wie möglich und in Ruhe zu beantworten. Auf Seite 11 haben Sie Platz für ergänzende Bemerkungen.

Senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen bitte per Post, E-Mail oder Fax zu oder bringen Sie ihn persönlich bei uns in der Praxis vorbei. **Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir erst nach Erhalt des Anmeldebogens per E-Mail einen Termin mit Ihnen vereinbaren können.** Damit wir uns außerdem auf das gemeinsame Erstgespräch vorbereiten können, wäre es hilfreich, wenn Sie bereits vorhandene **Vorbefunde** direkt mit dem ausgefüllten Anmeldebogen einreichen würden.

Wenn **beide Elternteile** das **Sorgerecht** besitzen, ist es wichtig, dass auch **beide** Elternteile den gesamten Anmeldebogen unterschreiben. Sollten Sie das **alleinige Sorgerecht** besitzen, benötigen wir **dringend** im Voraus einen schriftlichen Nachweis darüber, da sonst keine Terminvergabe möglich ist!

Die **Erstvorstellung** mit Ihnen und Ihrem Kind findet in aller Regel vormittags statt, da Ihr Kind für bestimmte Testverfahren ausgeruht sein muss. Nach Abschluss der Diagnostik werden in einem abschließenden Beratungsgespräch alle Ergebnisse der Untersuchungen erläutert und mögliche Behandlungsmaßnahmen ausführlich mit Ihnen besprochen.

Unser kompetentes Praxismanagement steht Ihnen bei all Ihren **weiteren Fragen** zu folgenden Zeiten **telefonisch** zur Verfügung:

**Montag bis Freitag von 10.30-12.30 Uhr**

sowie **Montag und Donnerstag von 14.30-17.00 Uhr**

unter der **Telefonnummer 089-326 21 00.**

Vielen Dank für Ihre Mühe und Zusammenarbeit!

Mit freundlichem Gruß,

Dr. med. Adriana Lisitano



*Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie*

## Allgemeine Angaben zum Kind/Jugendlichen:

(Bitte legen Sie nach Möglichkeit ein Foto Ihres Kindes bei! Vielen Dank!)

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

männlich     weiblich

geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten zur Terminvereinbarung/Rückfragen:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Nationalität:         Deutsch         Andere: \_\_\_\_\_

wächst mehrsprachig auf, welche Sprachen: \_\_\_\_\_

**Bei wem lebt das Kind?**         Eltern     Mutter     Vater     Andere: \_\_\_\_\_

**Wer hat das Sorgerecht?**         beide Eltern     Mutter(!)     Vater(!)     Andere: \_\_\_\_\_

(!) Sollten Sie das **alleinige Sorgerecht** besitzen, benötigen wir **dringend** im Voraus einen schriftlichen Nachweis darüber, da sonst keine Terminvergabe möglich ist!

**Name der Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Ihr Kind ist mitversichert bei:**         Mutter     Vater     Selbst

Gesetzlich versichert     Privat versichert

Name/Vorname Versicherter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Versicherter: \_\_\_\_\_

**Haus- oder Kinderarzt:** \_\_\_\_\_

**Auf wessen Empfehlung haben Sie Ihr Kind bei uns angemeldet?** (freiwillige Angabe)

**Wurden bereits Geschwisterkinder bei uns vorgestellt?**         ja     nein

Falls ja: Name(n)/Vorname(n): \_\_\_\_\_

**Ihr Kind besucht aktuell:**     Kindergarten     SVE: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in **diesem Quartal** bereits bei Kinderpsychiatern, in sozialpädagogischen Zentren, psychiatrischen Institutionsambulanzen oder anderen SPV-Einrichtungen behandelt worden?

ja     nein

## **Angaben für die fachärztliche Untersuchung**

Welche Sorgen und Probleme Ihres Kindes möchten Sie klären? Schildern Sie uns diese bitte kurz:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Seit wann bestehen die Sorgen und Probleme?

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche Hilfe erwarten Sie?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Angaben zur Familie des Kindes/Jugendlichen

### Mutter

- Alleinerziehend    Patchworkfamilie  
 Verheiratet/gemeinsam lebend mit Kindsvater    Getrennt lebend vom Kindsvater

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

Adresse: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Schulabschluss/Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Derzeit ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_  Vollzeit    Teilzeit    derzeit nicht beschäftigt

Herkunftsland der mütterlichen Familie: \_\_\_\_\_

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen? \_\_\_\_\_

### Vater

- Alleinerziehend    Patchworkfamilie  
 Verheiratet/gemeinsam lebend mit Kindsmutter    Getrennt lebend von Kindsmutter

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

Adresse: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Schulabschluss/Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Derzeit ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_  Vollzeit    Teilzeit    derzeit nicht beschäftigt

Herkunftsland der väterlichen Familie: \_\_\_\_\_

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen? \_\_\_\_\_

### Stief-/Pflegeeltern/Sonstige Betreuungspersonen:

- Stiefmutter/-vater    Pflegemutter/-vater    Sonstige Betreuungsperson: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_

## Geschwister des Kindes/Jugendlichen:

1) Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Kindergarten  Schule/Klasse  Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_

leben zusammen  leben getrennt voneinander (wächst bei  Mutter /  Vater /  \_\_\_\_\_ auf)

Geschwister  Halbgeschwister  Stiefgeschwister  Pflegekind

2) Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Kindergarten  Schule/Klasse  Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_

leben zusammen  leben getrennt voneinander (wächst bei  Mutter /  Vater /  \_\_\_\_\_ auf)

Geschwister  Halbgeschwister  Stiefgeschwister  Pflegekind

3) Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Kindergarten  Schule/Klasse  Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_

leben zusammen  leben getrennt voneinander (wächst bei  Mutter /  Vater /  \_\_\_\_\_ auf)

Geschwister  Halbgeschwister  Stiefgeschwister  Pflegekind

4) Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Kindergarten  Schule/Klasse  Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_

leben zusammen  leben getrennt voneinander (wächst bei  Mutter /  Vater /  \_\_\_\_\_ auf)

Geschwister  Halbgeschwister  Stiefgeschwister  Pflegekind

5) Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Kindergarten  Schule/Klasse  Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_

leben zusammen  leben getrennt voneinander (wächst bei  Mutter /  Vater /  \_\_\_\_\_ auf)

Geschwister  Halbgeschwister  Stiefgeschwister  Pflegekind

## Anamnese

Aktuelle Körpergröße in cm: \_\_\_\_\_ Aktuelles Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an einer Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Gab/Gibt es Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung?\*

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind aktuell Schlafprobleme (z.B. Einschlafen, Durchschlafen)?

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind derzeit Probleme mit dem Essen (z.B. Appetitminderung, ungünstige Ernährungsgewohnheiten)?

\_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind unter einer chronischen Erkrankung oder anderweitigen häufigen Beschwerden?\*

\_\_\_\_\_

Kam es bei Ihrem Kind zu Operationen, Unfällen, Anfallsleiden oder Klinikaufenthalten?\*

Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

Gab es im Vorfeld bereits andere Untersuchungen/Beratungen/Behandlungen (z.B. stationär/ambulant in Kliniken, bei niedergelassenen Ärzten, Erziehungsberatungsstellen, im Jugendamt, Gesundheitsamt oder beim schulpsychologischen Dienst)?\*

Wenn ja, geben Sie bitte Ort, Jahr und Grund der Untersuchung an:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind bei Ihrem Kind Impfungen regelmäßig und vollständig erfolgt (bitte ankreuzen)?

ja  nein Fehlende Impfungen: \_\_\_\_\_

\* Eventuell vorhandene Befunde wenn möglich bereits mit ausgefülltem Anmeldebogen einreichen!

## Schwangerschaft/Geburt

Gab es während der Schwangerschaft Komplikationen? Wenn ja, welche (bitte ankreuzen)?

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutungen        | <input type="checkbox"/> Infektionen         | <input type="checkbox"/> Schweres Erbrechen    | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen | <input type="checkbox"/> Unfälle/Operationen | <input type="checkbox"/> Seelische Belastungen | <input type="checkbox"/> Medikamente   |

Welche Medikamente (und in welcher Dosierung) wurden in der Schwangerschaft eingenommen?

---

Wurden die folgenden Substanzen in der Schwangerschaft regelmäßig eingenommen (bitte ankreuzen)?

Regelmäßige Einnahme:  nein  ja

Alkohol  Zigaretten  sonstige Drogen: \_\_\_\_\_

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?

- ja (\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche)  
 nein, \_\_\_\_\_ Wochen früher (\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche)  
 nein, \_\_\_\_\_ Wochen später (\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche)

Wo erfolgte die Geburt Ihres Kindes?  Zuhause  Geburts-/Krankenhaus

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Größe: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

APGAR (siehe Mutterpass): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_\_)

Gab es während der Geburt Komplikationen? Wenn ja, welche (bitte ankreuzen)?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Störung der kindliche Herztöne | <input type="checkbox"/> Beckenendlage          | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt           |
| <input type="checkbox"/> Saugglocke                     | <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt        | <input type="checkbox"/> Zangengeburt            |
| <input type="checkbox"/> Grünes Fruchtwasser            | <input type="checkbox"/> besonders lange Geburt | <input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung |
| <input type="checkbox"/> andere Komplikationen:         |   |  |
- 
- 
-

## Angaben zur frühkindlichen Entwicklung

Traf einer der folgenden Punkte auf Ihr Kind im Neugeborenenalter zu (bitte ankreuzen)?\*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> auffällige blasse/blauere Hautfarbe         | <input type="checkbox"/> Fototherapie notwendig |
| <input type="checkbox"/> gelbe Hautfarbe                             | <input type="checkbox"/> Beatmung notwendig     |
| <input type="checkbox"/> andere Auffälligkeiten (bitte beschreiben): |   |

---

---

War in den ersten Lebensmonaten ein Klinikaufenthalt Ihres Kindes notwendig?  
Wenn ja, wo, wie lange und aus welchem Grund?\*

---

---

Litt Ihr Kind in den ersten Lebensmonaten an anderweitigen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?\*

---

---

Gab es weitere Auffälligkeiten (bitte ankreuzen)?\*

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trinkschwierigkeiten      | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden     | <input type="checkbox"/> häufiges Spucken | <input type="checkbox"/> auffällige Unruhe |
| <input type="checkbox"/> auffällige Bewegungsarmut | <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit | <input type="checkbox"/> Sehschwäche      | <input type="checkbox"/> Hörschwäche       |

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? \_\_\_\_\_ Wochen/Monate

Bitte geben Sie uns einige Angaben zur motorischen und sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes:\*

- |          |                                      |  |
|----------|--------------------------------------|--|
| Motorik: | <input type="checkbox"/> zeitgerecht | Selbständiges Sitzen mit ____ Monaten. |
|          | <input type="checkbox"/> verzögert   |  |
|          | <input type="checkbox"/> auffällig   | Krabbeln mit ____ Monaten.             |
|          |                                      | Selbständiges Gehen mit ____ Monaten.  |
| Sprache: | <input type="checkbox"/> zeitgerecht | Erstes Wort mit ____ Monaten.          |
|          | <input type="checkbox"/> verzögert   |  |
|          | <input type="checkbox"/> auffällig   | Zweiwortsätze mit ____ Monaten.        |
|          |                                      | Dreiwortsätze mit ____ Monaten.        |

\* Eventuell vorhandene Befunde wenn möglich bereits mit ausgefülltem Anmeldebogen einreichen!



Wie verlief die Sauberkeitsentwicklung bei Ihrem Kind (bitte ankreuzen)?

zeitgerecht    verzögert

Tagsüber trocken (Urin) mit \_\_\_\_ Jahren.   Tagsüber sauber (Stuhl) mit \_\_\_\_ Jahren.

Nachts trocken (Urin) mit \_\_\_\_ Jahren.   Nachts sauber (Stuhl) mit \_\_\_\_ Jahren.

aktuell noch nicht trocken    aktuell noch nicht sauber

Gab es Schwierigkeiten, Ihr Kind an sein eigenes Bett zu gewöhnen?    ja    nein

Sind Ihnen weitere Besonderheiten oder auffällige Verhaltensweisen (z.B. Daumenlutschen, Nägelkauen etc.) Ihres Kindes aufgefallen?

---

---

---

---

---

Sind Ihrem Kinderarzt weitere Besonderheiten bei den regelmäßigen Untersuchungen (U1-U10) aufgefallen?  
Wenn ja, welche?\*

---

---

---

---

\* Eventuell vorhandene Befunde wenn möglich bereits mit ausgefülltem Anmeldebogen einreichen!

## Kinderkrippen- und Kindergartenzeit

Wurde Ihr Kind von einer Tagesmutter/mehreren Tagesmüttern betreut (bitte ankreuzen)?

ja  nein Wenn ja, ab wann? Ab \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren.

Mein Kind besucht(e) eine Kinderkrippe im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahren.

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Mein Kind besucht(e) den Kindergarten im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahren.

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Wurde die Tagesmutter, die Kinderkrippe oder der Kindergarten gewechselt (bitte ankreuzen)?  ja  nein

Wenn ja, wann, wie oft und aus welchem Grund?

---

---

Leidet/Litt Ihr Kind an Trennungsängsten/Eingewöhnungsproblemen (bitte ankreuzen)?  ja  nein

Wie äußerten sich diese:

---

---

Zeigt/Zeigte Ihr Kind in der Kinderkrippe oder im Kindergarten Auffälligkeiten im Sozialverhalten (z.B. im Kontakt zu anderen Kindern oder Erziehern) oder hat/hatte es anderweitige Probleme (bitte ankreuzen)?

ja  nein

Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte kurz:

---

---

---

---

## Einschulung und Schulentwicklung

Mein/Unser Kind wurde im Jahr \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Jahren eingeschult.

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt (bitte ankreuzen)?  ja  nein

Wenn ja, welchen Grund gab es dafür?

---

Hat Ihr Kind eine schulvorbereitende Einrichtung besucht (bitte ankreuzen)?  ja  nein

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Wie sind die Schulleistungen Ihres Kindes derzeit?

---

---

Wo sehen Sie die Stärken und Schwächen Ihres Kindes in der Schule?

Stärken: \_\_\_\_\_

Schwächen: \_\_\_\_\_

Wo sehen die Lehrer die Stärken und Schwächen Ihres Kindes?

Stärken: \_\_\_\_\_

Schwächen: \_\_\_\_\_

Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule (bitte ankreuzen)?  ja  nein

Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte kurz:

---

---

---

---



**Als Inhaber der elterlichen Sorge für  
(Wichtig! Pflichtangaben!)**

\_\_\_\_\_  
(Name und Geburtsdatum des Kindes)

bin ich/sind wir damit einverstanden, dass Unterlagen (Akten, Berichte, Untersuchungsergebnisse) der in diesem Bogen angegebenen Stellen von der Praxis Dr. med. A. Lisitano angefordert werden können. Mir ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden.

Sollten **beide Elternteile** das **gemeinsame Sorgerecht** innehaben, ist eine **Unterschrift beider Eltern** zwingend notwendig. Bei anderweitig beschlossenen Sorgerechtslagen lege ich/legen wir den entsprechenden Nachweis dem Anmeldebogen bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Mutter/Sorgeberechtigte)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vater/Sorgeberechtigter)

## **Entbindung der Schweigepflicht (Freiwillige Angaben!)**

Ich entbinde/Wir entbinden die Praxis Dr. med. Adriana Lisitano von der Schweigepflicht  
über mein/unser Kind

\_\_\_\_\_  
(Name und Geburtsdatum des Kindes)

gegenüber Name/Adresse/Telefonnummer(z.B. Kita, Schule, Ärzte, Therapeuten,...):

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. Adriana Lisitano zu den oben genannten Institutionen oder Personen (unter Beachtung des Datenschutzes) Kontakt aufnimmt und entsprechende Unterlagen anfordert bzw. weiterleitet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Mutter/Sorgeberechtigte)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vater/Sorgeberechtigter)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Jugendliche(r) ab 14 Jahren

Liebe/r Patient/in, liebe/r Sorgeberechtigte/r,

Um einen möglichst geregelten Praxisablauf gewährleisten zu können, bitten wir Sie freundlichst, folgende Punkte zu beachten:

- 1. Die Praxis wird als Bestellpraxis geführt. Termine werden ausdrücklich für Sie und/oder Ihr Kind freigehalten. Sie werden daher gebeten, die Termine einzuhalten oder rechtzeitig, das heißt mindestens 24 Stunden vorher per E-Mail, abzusagen. Bei Erkrankungen bitten wir um unverzügliche Benachrichtigung. Bei Nichterscheinen zum Termin ohne rechtzeitige Absage müssen wir Ihnen ein Stundenausfallhonorar von 61,20 Euro in Rechnung stellen.**
2. Nur für Privatpatienten: In Ausnahmefällen kann es vorkommen, dass z.B. aufgrund eines erhöhten Zeitaufwands bestimmte Behandlungen mit dem 3,5-Faktor berechnet werden müssen. Das erhöhte Honorar wird nicht immer von allen Privatkassen erstattet. In diesem Fall begleichen Sie den Differenzbetrag bitte selbst.
3. Stellungnahmen oder Gutachten (z.B. an das Jugendamt) sind nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten und müssen daher privat in Rechnung gestellt werden. Diese können bei Abholung oder vorab bar in unserer Praxis bezahlt werden. Nach Rücksprache kann dies auch per Überweisung erfolgen.
4. Privatliquidationen (dies gilt auch für Kassenpatienten, die private Leistungen wie Gutachten in Auftrag geben) werden von uns an die privatärztliche Abrechnungsstelle weitergegeben, die bevollmächtigt ist, unsere Honorarforderungen einzuziehen. Die Abrechnungsstelle arbeitet ausschließlich auf unsere Weisung und unterliegt ebenso wie ein Arzt der ärztlichen Schweigepflicht (§203 Abs. 1 Nr. 6 StGB) und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (BDSG). Durch Ihre Unterschrift geben Sie uns Ihr Einverständnis, dass gemäß §4b Abs. 2 BDSG, Ihre zur Rechnungsstellung, Geltendmachung und Abtretung notwendigen personenbezogenen Daten an die Abrechnungsstelle und Ihre Erfüllungshilfen übermittelt werden dürfen. Nur in diesem Umfang findet eine Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht (§203 Abs. 1 Nr. 6 StGB) statt. Gerichtsstand ist München.
5. Für den Fall, dass zur Befunddokumentation oder internen Qualitätssicherung Fotos oder Videoaufzeichnungen von meinem/unseren Kind gemacht werden, erkläre ich mich/erklären wir uns einverstanden.
- 6. Bitte bringen Sie zum Erstvorstellungstermin folgende Unterlagen mit:**
  - sämtliche Schulzeugnisse im Original (wir scannen diese vor Ort ein)
  - Testunterlagen/Arztbriefe/Vorbefunde (falls vorhanden)
  - Logopädieberichte oder Ergotherapieberichte (falls vorhanden)
  - gelbes Untersuchungsheft

**Der Anmeldebogen wurde ausgefüllt von:** \_\_\_\_\_

**Die oben genannten Punkte habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen und bin/sind damit einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Mutter/Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Vater/Sorgeberechtigter