



Dr. med. Florian Schalkhauser

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie



Hauptpraxis Regensburg (Postadresse)
Hans-Sachs-Str. 9a, 93049 Regensburg

Filiale
Braunmühlstr. 15, 92637 Weiden

Zentrale Rufnummer
Tel: 0941 640 822 0
Fax: 0941 640 822 29
info@drschalkhauser.de
www.drschalkhauser.de

Kurz-Anmeldebogen im Rahmen der Corona-Krise

Name, Vorname des Kindes:..... Geburtstag:.....

Straße:..... Landkreis.....

Postleitzahl:..... Wohnort:.....

Sorgerecht: alleine (wenn ja, wer?) gemeinsam

Vorstellungsgrund

In welchem Bereich sehen Sie das aktuell dringlichste Problem?

(familiäre Konflikte, Lern- und Strukturprobleme, emotionale/psychische Krise)

.....
.....

Welche Hilfe und Unterstützung wünschen Sie sich für ihr Kind/ Ihre(n)

Jugendliche(n)?

.....
.....

(Vor-) Behandlungen und (Vor-) Erkrankungen

Wer behandelte Ihr Kind früher oder behandelt es noch jetzt? Sind Diagnosen und Vorerkrankungen bekannt?

.....
.....

Nimmt Ihr Kind (ein) Medikament(e) ein?

Nein Ja Präparat/Name.....Dosis in.... mg Schema z.B. „1-0-0“

Angaben der Sorgeberechtigten und Geschwister

Spalte	1 Mutter	2 Vater	3 Stief-, Pflege-, Adoptiv- Eltern, Vormund
Telefon			
Mobil			
Faxnummer			
Email			
Name, Vorname:			
Geburtstag:			
Beihilfeberechtigt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Beruf:			
Berufstätig	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags
Staatsangehörigkeit:			

Krankenkasse mit Ort:		Versicherten-Nr.:	
Krankenkassen-Nr.:		Status: (siehe Versichertenkarte)	
Über wen ist das Kind versichert?	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Mutter	

Geschwister:

Schreiben Sie bitte die Namen aller Geschwisterkinder und aller anderen Kinder, die in der Familie leben auf

Name	Geburtsdatum	welche Schulart und Klasse (bzw. berufl. Ausbildung)	besondere Probleme oder Krankheiten

....., den

Unterschrift (beide Eltern / ein sorgeberechtigter Elternteil):

.....

**Liebe Familie -wir bearbeiten Ihr Anliegen so schnell wie möglich und melden uns nach Rücksprache und Planung z.B. auch per Videosprechstunde bei Ihnen!
Herzliche Grüße, Ihr Praxisteam**