



Anmeldeformular Flüchtlingsambulanz

1. Name des Patient:en/der Patientin:

2. Geburtsdatum:

3. Geschlecht (m/w/d):

4. Aktuelle Adresse des Patient:en/der Patientin:

Sollte sich die Adresse und/oder die Telefonnummer ändern, bitten wir Sie uns darüber zu informieren

5. Name der Einrichtung und Adresse (Fördern und Wohnen o.ä. bei Eltern, eigener Wohnraum/Wohnunterkunft/Erstversorgungseinrichtung/betreute Jugendwohnung):

6. Geburtsland/Herkunftsland:

7. Staatsangehörigkeit:

8. Sprache:

9. Vorstellungsgrund/Symptomatik:

10. Minderjährige Geschwister, die auch Bedarf haben:

11. Mit Eltern oder unbegleitet:

12. Name des Vormundes:

Bitte schicken Sie uns die Bestellung und die Vollmacht des Vormundes im Voraus (gern per Mail oder Fax).

13a. Krankenversicherung:

13b. Versichertennummer:

Sollte keine Karte vorhanden sein, benötigen wir eine Bescheinigung über die Versicherung im Voraus (gern per Mail oder Fax).

14. Seit wann in Deutschland:

15. Aufenthaltsstatus:

16. Anhörung bereits stattgefunden: ja nein (bitte Zutreffendes einkreisen)

17a. Bereits anderweitig in psychologischer, psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung:

17b. Wenn ja, wo, wann und bei wem:

18. Telefonnummer, Name und Mail des Anrufenden (Betreuer:in, Vormund, Lehrkraft o.ä.):

Kontaktdaten

Patient:in:

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Mailadresse:

Vormund:

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Mailadresse:

Betreuer:in/Familienhilfe:

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Mailadresse:

Eltern:

Mutter

Vater

Vor-und Nachname:

Vor-und Nachname:

Telefonnummer:

Telefonnummer:

Anschrift:

Anschrift:

Mailadresse:

Mailadresse:

Geschwister:

Vor- und Nachname:

Schule:

Name der Schule/Adresse und Telefonnummer:

Mailadresse:

Name der Klassenlehrkraft:

Ggf. Kontaktdaten der Lehrkraft:

Hausärztliche/kinderärztliche Praxis:

Vor- und Nachname:

Adresse:

Telefonnummer:

Mailadresse:

Erklärung zum Sorgerecht und Behandlungseinwilligung

1. Erklärung zum Sorgerecht

Bitte nachfolgend die zutreffende Variante ankreuzen und ausfüllen:

Alleiniges Sorgerecht

Hiermit versichere ich

 (Vor- und Nachname des allein sorgeberechtigten Elternteils, Geburtsdatum, Adresse),

dass ich das Sorgerecht für das Kind:

 (Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse), innehabe.

Hinweis: Gemeinsames Sorgerecht auf Seite 2

Gemeinsames Sorgerecht

Hiermit versichere ich

(Vor- und Nachname des sorgeberechtigten anwesenden Elternteils, Geburtsdatum, Adresse), dass ich gemeinsam mit

(Vor- und Nachname des nicht anwesenden sorgeberechtigten Elternteils, Geburtsdatum, Adresse bzw. ggf. Aufenthaltsort unbekannt oder ohne festen Wohnsitz) das Sorgerecht für das Kind:

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse), innehabe.

Bitte nachfolgend die zutreffende Variante ankreuzen (**nur bei gemeinsamem Sorgerecht auszufüllen**):

Ich erkläre, dass sich der nicht anwesende sorgeberechtigte Elternteil in **Deutschland** befindet und mir eine Vollmacht zur alleinigen Ausübung der elterlichen Sorge erteilt hat, die ich dieser Erklärung beifüge. Ich teile der Flüchtlingsambulanz umgehend mit, sobald sich Änderungen ergeben.

Ich erkläre, dass sich der nicht anwesende sorgeberechtigte Elternteil **im Ausland befindet bzw. nicht zuverlässig kontaktierbar** ist. Ich bin nachweislich berechtigt, die elterliche Sorge alleine auszuüben und informiere den nicht anwesenden Elternteil regelmäßig telefonisch/ schriftlich über die Behandlungssituation. Ich teile der Flüchtlingsambulanz umgehend mit, sobald sich Änderungen ergeben.

Ich erkläre, dass sich der nicht anwesende sorgeberechtigte Elternteil **tatsächlich verhindert** ist, die elterliche Sorge auszuüben und er nicht in der Lage ist, mündliche, schriftliche oder sonstige Anweisungen zu erteilen (§ 1678 Abs. 1 BGB). Ich teile der Flüchtlingsambulanz umgehend mit, sobald sich Änderungen ergeben.

2. Behandlungseinwilligung

Ich wünsche eine psychiatrisch-psychosoziale Diagnostik und ggf. eine psychotherapeutische Behandlung meines Kindes in der Flüchtlingsambulanz der Ambulanzzentrum des UKE GmbH und erkläre, dass ich **berechtigt bin, in diese Behandlung meines Kindes alleine einzuwilligen** sowie die für die Behandlung benötigten Dokumente (Behandlungseinwilligungen, Behandlungsverträge, datenschutzrechtliche Einwilligungen etc.) alleine zu unterschreiben und, sofern ein gemeinsames Sorgerecht besteht, ich dies mit Einverständnis bzw. in (gesetzlicher) Vertretung des anderen sorgeberechtigten Elternteils tue.

Datum/Unterschrift des anwesenden sorgeberechtigten Elternteils

Vollmacht für Entscheidungen hinsichtlich einer kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlung

Für eine kinder- und jugendpsychiatrische und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung ist die Einwilligung beider sorgeberechtigten Elternteile erforderlich. Bei gemeinsam sorgeberechtigten, getrenntlebenden Elternteilen ist häufig jedoch nur die Erreichbarkeit eines Elternteils gesichert. Um in einem solchen Fall dennoch eine kinder- und jugendpsychiatrische und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung zu ermöglichen, kann ein sorgeberechtigter Elternteil bevollmächtigt werden, den anderen mit ihm gemeinsam sorgeberechtigten Elternteil bei Entscheidungen betreffend die Aufnahme und der Durchführung einer solchen Behandlung zu vertreten. Sofern Sie in der beschriebenen Situation eine Vertretung durch den mit Ihnen gemeinsam sorgeberechtigten Elternteil wünschen, besteht für Sie die Möglichkeit, die vorliegende Vollmacht zu erteilen:

Hiermit bevollmächtige ich (nicht anwesender Elternteil),

Name: _____
 Geburtsdatum/Geburtsort: _____
 Anschrift: _____
 Telefonnummer: _____

als gemeinsam sorgeberechtigter Elternteil, den mit mir gemeinsam sorgeberechtigten Elternteil (anwesender Elternteil),

Name: _____
 Geburtsdatum/Geburtsort: _____
 Anschrift: _____
 Telefonnummer: _____

mich in Entscheidungen betreffend die kinder- und jugendpsychiatrische und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung meines Kindes:

_____ bis auf Widerruf zu vertreten.

Diese Vollmacht umfasst sowohl die Entscheidung zur Aufnahme einer kinder- und jugendpsychiatrischen und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlung meines Kindes, als auch diesbezügliche Behandlungsentscheidungen, die im Verlauf der kinder- und jugendpsychiatrischen und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutischen Therapie zu treffen sind. Mir ist bekannt, dass ich ungeachtet der Bevollmächtigung jederzeit das Recht habe, mich über die Behandlung meines Kindes zu informieren und die erteilte Vollmacht zu widerrufen. Diese Vollmacht wird mit meiner Unterschrift sofort wirksam.

 Ort und Datum

 Unterschrift des nicht anwesenden Elternteils (Vollmachtgeber)