

## Dr. med. Gabriele Ziemens

Paul-Ehrlich-Straße 1-3  
23562 Lübeck

Tel.: 0451-31793310  
Fax: 0451-317933120  
E-Mail: praxis@kjp-moenkhof-ziemens.de

---

Dr. med. Gabriele Ziemens • Paul-Ehrlich-Straße 1-3 • 23562 Lübeck

Lübeck,

### **Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,**

Sie haben einen Termin in unserer Praxis vereinbart.  
Dieser ist am

Wir möchten Sie bitten, zu diesem ersten Termin Folgendes mitzubringen:

- Das Kind, um das es geht
- Gesundheitskarte
- Passfoto des Kindes/Jugendlichen (wenn Sie einverstanden sind, dieses ist nur zum Verbleib in der Akte vorgesehen)
- Die letzten zwei Schulzeugnisse **in Kopie**
- Sonstige wichtige Dokumente **in Kopie**
- U-Heft

Wir möchten Sie bitten, dass Sie vor unserem ersten Gespräch einige Fragen zu Ihrem Kind beantworten.

Senden Sie uns den Fragebogen bitte ausgefüllt zurück oder bringen ihn zum Erstgespräch mit.

Des Weiteren fügen wir dem Fragebogen eine Einverständniserklärung bei, die Sie bitte ebenfalls spätestens zum ersten Gespräch ausgefüllt mitbringen sollten.

Bitte melden Sie sich rechtzeitig, falls Sie diesen Termin nicht einhalten können.

Vielen Dank!



# Einverständniserklärung

Das *Kind* heißt

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnt bei  Mutter  Vater  Eltern  Adoptiveltern/  Pflegeeltern

Der *Vater, Pflegevater*

heißt \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Die *Mutter, Pflegemutter*

heißt \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt ist:  Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Falls andere Sorgeberechtigte als oben genannt, bitte Namen, Anschrift und Telefon angeben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich/Wir bestätigen hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte mit der Untersuchung/Behandlung des oben genannten Kindes in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Frau Dr. Ziemens einverstanden bin/sind.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum und eigenhändige **Unterschrift/en des/der Sorgeberechtigten**