

Praxisgemeinschaft Dres. Stilke  
Esmarchstr. 50  
25746 Heide

Sehr geehrte Eltern, lieber Patient,  
Sie / Du möchten / möchtest Ihr Kind / Dich in unserer Praxis vorstellen. Um den ersten Termin bei uns sinnvoll gestalten zu können, bitten wir Sie / Dich, vorab einige Angaben zu machen. Wir werden uns, sobald Sie / Du uns diesen Bogen zurückgeschickt haben, mit Ihnen / Dir zur Terminvereinbarung in Verbindung setzen.

1. Name u. Vorname des **Kindes**: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

2. (Leibl./Pflege-/Adoptiv-/Stief-) **Mutter**: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

3. (Leibl./Pflege-/Adoptiv-/Stief-) **Vater**: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

4. Telefon-Nr. zur **Terminvereinbarung**: \_\_\_\_\_

5. Wer wird das Kind vorstellen (bei Vorstellung durch eine Einrichtung der Erziehungshilfe bitte Name und Anschrift)?

\_\_\_\_\_

A. Welches Anliegen führt Sie / Dich zu uns?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dr. med. Dirk Stilke**  
Facharzt für Kinder-  
und Jugendpsychiatrie Psycho-  
therapie  
Chefarzt der Tagesklinik  
für Psychiatrie, Psycho-  
therapie und Psychosomatik  
des Kindes- u. Ju-  
gendalters am WKK  
Heide

**Dr. med. K. Petri-Stilke**  
Fachärztin für Kinder-  
heilkunde  
Psychotherapie

Esmarchstr. 50  
25746 Heide  
Tel.: (0481) 7750771  
Fax: (0481) 7750772  
www.praxis-stilke.de

B. Seit wann bestehen diese Sorgen?

---

C. Ist Ihr Kind früher schon einmal wegen dieser Sorgen (A.+C.) woanders vorgestellt worden, und wenn ja, wann und wo?

**oder:** warst Du früher schon einmal in Beratung oder Behandlung?

---

---

**Aus rechtlichen Gründen müssen - auch bei getrennt lebenden Elternteilen - alle Sorgeberechtigten in die Vorstellung und weitere Behandlung des Kindes einwilligen. Eine Terminvergabe ist daher nur möglich, wenn diese Anmeldung die Unterschrift aller Sorgeberechtigten trägt! Jugendliche können ohne Einwilligung kommen.**

---

(Unterschrift)

---

(Unterschrift)

Ich, der/die Unterzeichnende, bin alleine sorgeberechtigt)

**Bitte bringen Sie / bringe Du zum ersten Termin (im Quartal) unbedingt die Chipkarte mit. Außerdem bringen Sie bitte das gelbe Untersuchungsheft (U1-U9) und Schulzeugnisse mit (gilt nur für Herrn Dr. Stilke).**

**Zur unserer Sicherheit geben Sie / gib Du noch einmal an, bei wem der Termin sein soll:**

Dr. Dirk Stilke

Dr. Kristina Petri-Stilke