

Ambulanz für Geschlechtsdysphorie, Geschlechtsinkongruenz und Varianten der Geschlechtsentwicklung im Kindes- und Jugendalter

Anmeldebogen Bitte senden Sie uns den Anmeldebogen zurück an hella.berger@evkb.de

<p>Anmeldende Person/ Institution (Praxisstempel/Erreichbarkeit)</p> <p>Datum der Anmeldung</p>	<p>Anmeldung für Hochschulambulanz:</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanz für Geschlechtsdysphorie, Geschlechtsinkongruenz und Varianten der Geschlechtsentwicklung im Kindes- und Jugendalter</p>
---	--

Angaben zum Kind

ggf. selbst gewählter Vorname:	Name:
Vorname:	Geburtsdatum:
Krankenversicherung (bei Privatversicherten auch Hauptversicherter):	Sorgerecht liegt bei: <input type="checkbox"/> Mutter/ <input type="checkbox"/> Vater/ <input type="checkbox"/> Vormund/ <input type="checkbox"/> Ergänzungspfleger*in für: <input type="checkbox"/> sonstige:
Bisherige Hilfen:	

Angaben zur Familie

Sorgeberechtigte/r 1: Adresse:	Sorgeberechtigte/r 2: Adresse:
E-Mail:	E-Mail:
Telefon:	Telefon:

Vorstellungsgründe:

Aktueller Anlass der Anmeldung Fragestellung	
Diagnose Symptomverlauf	
1. Besonderheiten im Verlauf 2. Bisherige diagnostische Erkenntnisse 3. Ggf. Medikation	
Auftrag/ Ziele 1. aus Sicht des Anmeldenden 2. aus Sicht der Sorgeberechtigten 3. aus Sicht des Patient*in	