

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

### Anmeldebogen

Bitte senden Sie uns den Anmeldebogen mit Unterschrift von allen Sorgeberechtigten zurück an  
[hella.berger@evkb.de](mailto:hella.berger@evkb.de), anschließend vereinbaren wir einen Termin für ein Erstgespräch.

#### 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:

Was sind die aktuellen Gründe der Vorstellung?

Welche Wünsche oder Vorstellungen haben Sie an uns, wie wir Sie unterstützen können?

\_\_\_\_\_  
(Datum, Ort)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift sorgeberechtigte Person)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Ort)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift sorgeberechtigte Person)