

**KONTAKTFORMULAR (unzutreffendes bitte streichen)**

**Eltern-Kind-Station**

**Kinderstation**

**Jugendstationen**

**Tagesklinik**

**interdisziplinäre psychosomatische Tagesklinik (KIPS)**

Name, Vorname  
des Kindes

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Alter

\_\_\_\_\_

männlich

\_\_\_\_\_ weiblich

\_\_\_\_\_

Name(n), Vorname  
Eltern

\_\_\_\_\_

Adresse (n)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontakt Mutter

E-Mail \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Kontakt Vater

E-Mail \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_

Aufnahmegrund

\_\_\_\_\_

Diagnose(n)

\_\_\_\_\_

Medikation

\_\_\_\_\_

Somatische Diagnosen

\_\_\_\_\_

Bei Anmeldungen für die **KIPS**: Bisher durchgeführte somatische Diagnostik:

\_\_\_\_\_

Anmelder

\_\_\_\_\_

Dringlichkeit

hoch \_\_\_\_\_

mittel \_\_\_\_\_

niedrig \_\_\_\_\_

Kinder- und Jugendpsychiater/in

\_\_\_\_\_

Kinderarzt/ärztin

\_\_\_\_\_

Psychotherapeut/in

\_\_\_\_\_

Besteht Kontakt zum Jugendamt? Wenn ja, bitte Jugendamt und Ansprechpartner vermerken

\_\_\_\_\_

Anmeldedatum

\_\_\_\_\_

**Bitte faxen Sie diese Anmeldung mit Kurzarztbrief und Vorbefunden an das Case Management der  
Klinik 0241- 80 33 35 492**