

Anmeldung Institutsambulanz Aachen, Fax 0241-803380138, KJ-Institutsambulanz@ukaachen.de

Stolberg, Fax 02402- 10299920, kjp-stolberg@ukaachen.de

Anmelder: _____ Anmeldedatum: _____

Name Patient: _____ Krankenkasse: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Email: _____ Sorgeberechtigte: _____

Adresse: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Vorbehandler / derzeitiger Behandler: _____

Medikamente: _____

Kontakt zum Jugendamt? ja nein Bisherige Hilfen? _____

Symptomatik:

unruhig, zappelig unkonzentriert aggressiv Einnässen Einkoten

depressiv, traurig, weint häufig ängstlich, wovor? _____

verletzt sich selbst, bitte beschreiben: _____

körperliche Beschwerden /Schmerzen, medizinische Abklärung erfolgt: ja nein

Einschlafprobleme nächtliches Aufwachen starke Müdigkeit

geht nicht zur Schule, seit _____ Zwangsverhalten /-gedanken, welche? _____

Essprobleme: Zu- Abnahme von ___ kg in ___ Wochen/ Monaten Größe: ___ Gewicht _____

Erbrechen: ja nein Häufigkeit: _____ x / Tag / Woche

Drogen, welche? _____ Kontakt Drogenberatungsstelle? ja nein

Hat ihr Kind in letzter Zeit ein außergewöhnlich belastendes oder bedrohliches Erlebnis gehabt?

Sonstige Beschwerden: _____

Hiermit versichere ich als Sorgeberechtigte/r, dass ich und ggf. die weiteren Sorgeberechtigten mit der Aufnahme der obigen Daten in der KJP- Ambulanz einverstanden bin / sind.

Unterschrift

Wenn Sorge bzgl. akuter Eigen- oder Fremdgefährdung besteht, wenden Sie sich bitte an die Notaufnahme des Klinikums Aachen oder unter melden sich unter Tel. 0241-800.

Dieses Feld bitte nicht ausfüllen!

Terminvergabe: _____

Anzufordernde Unterlagen: _____

Fragen/ Infos an Eltern/Anmelder: _____