

KONTAKTFORMULAR (bitte ankreuzen)

- Kinderstation (KJ01)
- Jugendstation (KJ02)
- Jugendstation (KJ03)
- Eltern-Kind-Station (KJEK)
- Tagesklinik (KJ05)
- Tagesklinik (KJTK)
- interdisziplinäre psychosomatische Tagesklinik (KIPS)

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____ Alter ____ männlich weiblich

Name, Vorname Mutter _____

Name, Vorname Vater _____

Adresse(n) _____

Kontakt Mutter E-Mail _____

Handy _____

Kontakt Vater E-Mail _____

Handy _____

Sorgeberechtigte _____

Name der Schule _____

Aufnahmegrund _____

Diagnose(n) _____

Medikation _____

Somatische Diagnosen _____

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

Dringlichkeit hoch mittel niedrig

Kinder- und Jugendpsychiater/in _____

Kinderarzt/-ärztin _____

Psychotherapeut/-in _____

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

Anmelder _____

Adresse Anmelder _____

Telefonnummer _____

Praxisstempel + Unterschrift _____

Anmeldedatum: _____

Bitte faxen Sie diese Anmeldung mit KURZARZTBRIEF und VORBEFUNDEN an das Case Management der Klinik Fax: 0241 80-3335492

Wir bitten um Vollständigkeit der Anmeldung inkl. Befunde. Andernfalls kann Ihre Anmeldung nicht bearbeitet werden.