

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.