

Anmeldung Institutsambulanz/Neuropsychologie

- ☐ **Institutsambulanz Aachen, Fax 0241-803380138, KJ-Institutsambulanz-Neuanmeldung@ukaachen.de**
 - ☐ **Neuropsychologie Aachen** (Probleme mit Lesen, Schreiben, Rechnen, Wahrnehmung und Gedächtnis), **Fax 0241-803388753, npia@ukaachen.de**
 - ☐ **Institutsambulanz Stolberg, Fax 02402- 10299920, Kjp-stolberg@ukaachen.de**
-

Name Anmelder*in: _____ **Anmeldedatum:** _____

Vorname Patient*in: _____ **Nachname Patient*in:** _____

Geburtsdatum Patient*in: _____ **Krankenkasse:** _____

Namen der Sorgeberechtigten: _____

Wohnadresse: _____

Telefonnummer: _____ **E-Mail:** _____

Schule/KiTa: _____ **Klasse:** _____

Kinderarzt*ärztin/Hausarzt*ärztin: _____

(Vor-)behandelnde/r Kinder/Jugendpsychiater*in: _____

(Vor-)behandelnde/r Kinder/Jugendpsychotherapeut*in _____

Aktuell eingenommene Medikamente: _____

Kontakt zum Jugendamt (gehabt)? ☐ Nein ☐ Ja, bisherige Hilfen? _____

Probleme/Symptomatik:

Aktuelles Gewicht: _____ **Größe:** _____ ☐ Zu- oder Abnahme von ____ kg in ____ Wochen/ Monaten

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

☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____

Sonstige Beschwerden: _____

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

Unterschrift(en) aller Sorgeberechtigten

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