

Anmeldung Institutsambulanz

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

Dieses Feld bitte nicht ausfüllen! Terminvergabe: _____

Anzufordernde Unterlagen: _____

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

Anmelder: _____ Anmeldedatum: _____

Name Patient: _____ Krankenkasse: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Email: _____

Sorgeberechtigte: _____

Adresse: _____

Schule/KiTa: _____ Klasse: _____

Kinderarzt*ärztin/Hausarzt*ärztin: _____

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

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

Medikamente: _____

Kontakt zum Jugendamt? ja nein, Bisherige Hilfen? _____

Probleme/Symptomatik:

Aktuelles Gewicht: _____, Größe: _____ Zu- 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 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.