

Anmeldung Institutsambulanz  Aachen, Fax 0241-803380138, [KJ-Institutsambulanz@ukaachen.de](mailto:KJ-Institutsambulanz@ukaachen.de)

Stolberg, Fax 02402- 10299920, [kjp-stolberg@ukaachen.de](mailto: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: \_\_\_\_\_