

## Anmeldeformular Psychosomatische Sprechstunde

### Patientendaten

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  w  m  
Adresse \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten

Mutter *Tel.* \_\_\_\_\_ *mobil* \_\_\_\_\_  
Vater *Tel.* \_\_\_\_\_ *mobil* \_\_\_\_\_  
Vormund *Tel.* \_\_\_\_\_ *mobil* \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### Personensorge

beide Elternteile  nur Mutter  Vormund  
 nur Vater  Name: \_\_\_\_\_

### Symptomatik

### Diagnose(n)

### Bisher durchgeführte somatische Diagnostik

keine  
 wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### Medikation

### Dringlichkeit

niedrig  mittel  hoch

### Bedarfseinschätzung

ambulant  tagesklinisch  stationär

### Anmeldung am

### durch

(Stempel)

### Station KIPS

Tel.: 0241 80-36670

### Oberärzte

Dr. med. Claudia Stollbrink-Peschgens  
Dr. med. Georg von Polier

### Leitender Psychologe

Dr. phil. Michael Simons

### Psychotherapeutin

Dr. Rebecca Küpper, M.Sc.

### Stationsärztinnen

Sophie Altdorf  
Dr. med. Annette Deckwart