

**KONTAKTFORMULAR** (unzutreffendes bitte streichen)

zur stationären Anmeldung

zur teilstationären Anmeldung

**Eltern-Kind-Station    Kinderstation    Jugendstationen**  
**Tagesklinik    Kinderpsychosomatik**

Name, Vorname  
des Kindes

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

männlich \_\_\_\_\_

weiblich \_\_\_\_\_

Name(n), Vorname  
Eltern

\_\_\_\_\_

Adresse (n)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontakt Mutter

E-Mail \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Kontakt Vater

E-Mail \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_

Aufnahmegrund

\_\_\_\_\_

Diagnose(n)

\_\_\_\_\_

Medikation

\_\_\_\_\_

Somatische Diagnosen

\_\_\_\_\_

Besonderheiten

\_\_\_\_\_

Anmelder

\_\_\_\_\_

Dringlichkeit

Hoch \_\_\_\_\_

mittel \_\_\_\_\_

niedrig \_\_\_\_\_

Kinder- und Jugendpsychiater/in \_\_\_\_\_

Kinderarzt/ärztin \_\_\_\_\_ Psychotherapeut/in \_\_\_\_\_

Frühförderstelle (Eltern-Kind-Station) \_\_\_\_\_ Anmeldedatum \_\_\_\_\_

**Bitte faxen Sie diese Anmeldung mit Kurzarztbrief und Vorbefunden  
an das Case Management der Klinik 0241- 80 33 35 492**