

KONTAKTFORMULAR

zur stationären/ teilstationären Aufnahme in die Klinik

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

(bitte unzutreffendes streichen)

Name, Vorname
des Kindes _____

Geburtsdatum _____ Alter _____ männlich ___ weiblich ___

Name, Vorname
Eltern _____

Adresse (n) _____

Telefonkontakt Mutter _____ Handy _____

Telefonkontakt Vater _____ Handy _____

Aufnahmegrund _____

Diagnose(n) _____

Medikation _____

Somatische Diagnosen _____

Besonderheiten _____

Dringlichkeit Hoch _____ mittel _____ niedrig

Kinderarzt _____ Psychotherapeut/in _____

Kinder- und Jugendpsychiater _____

Frühförderstelle (nur Eltern-Kind-Station) _____ Anmelde datum _____

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