**Anmeldeformular für die (teil-)stationäre Aufnahme**

Bitte unbedingt **DIGITAL** ausfüllen und per **FAX an 0551/39-62443** senden

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Patienten** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Anschrift** |  |
| **Sorgeberechtigt** | [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]  Vormund: |
| **Sorgeberechtigte u. Patient mit Anmeldung und Rücksprache einverstanden?** | [ ]  JaBitte beachten Sie, dass die stationäre und teilstationäre Aufnahme **NUR** nach Vorlage des **schriftlichen Einverständnisses beider Sorgeberechtigten** bzw. des Vormundes stattfinden kann. Wir bitten um die Vorlage des schriftlichen Einverständnisses **zum Zeitpunkt des von uns angebotenen Vorschalttermins.** |
| **Einbestellung über****(Handy und Festnetz)** | Mutter: |
| Vater: |
| Sonstige: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte Station** | 🞏 tagesklinisch 🞏 vollstationär |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnosen nach ICD 10\*** |  |
| **Achse I** |  |  |  |  |  |
|  | **\***Bei im Vordergrund stehender **Störung des Sozialverhaltens** bitte sorgfältig alternative Jugendhilfemaßnahmen prüfen. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Behandlung bei Ihnen seit** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ambulante/r Psychotherapeut/in** | **in (Ortsangabe)** | **seit (Datum)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Medikamentenanamnese** |
| **Substanz** | **Dosis** | **Zeitraum** | **UaWs? Grund des Absetzens?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Jugendamt und zuständiger Mitarbeiter** |  |
| **Bisherig erfolgte Jugendhilfemaßnahmen**(bitte genaue Angaben) |  |
| **Geplante Jugendhilfemaßnahmen** |  |
| **Seite 1 von 2** |
|  |
| **Stationäre Vorbehandlungen** |
| **Wann?** | **Wo?** |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Indikation für Aufnahme (bitte genau formulieren)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Therapieziele (bitte genau formulieren)** |
|  |

**Wir bitten um Übermittlung/Mitbringen von relevanten Vorbefunden und Berichten sowie das schriftliche Einverständnis der Sorgeberechtigten und des Patienten zum Termin.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Einweisende/r Facharzt/-ärztin** |  |
| **Telefonnummer** |  |
| **Datum der Anmeldung** |  |
| **Praxisstempel und Unterschrift** |  |

**Vielen Dank für die Informationen!**

**Seite 2 von 2**