

Anmeldung für die

Tagesklinik:	Eltern/Kleinkind (0;0-3;11)	Ki./Ju. (8;0-17;6)	Ju.-Sucht (12;0-18;11)	Adoleszente/PA1* (16;0-24;11)
Station:	Ki. (8;0-13;11)	Ju. (14;0-17;6)	Ju.-Sucht (12;0-18;11)	Adolesz./PA1* (16;0-24;11)
	StäB (0;0-17;11)			

*PA1 Behandlungsstrang wählen: Stabilisierung/Diagnostik Gruppentherapie Depression Gruppentherapie DBT

Hinweis: Altersangabe in Jahren;Monaten, bei Tageskliniken und Stationen nur ein Bereich wählbar (keine Mehrfachnennung)

Name des Kindes/ der/des Jugendlichen	Geburtsdatum		Geschlecht
			Männlich Weiblich Divers
Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail der Sorgeberechtigten			
ggf. Name und Telefonnummer vom Vormund			
Kind lebt bei (ggf. Einrichtung)			
Krankenversicherung/ Name der/des Hauptversicherten			
Schule, Klassenstufe (ggf. Abschluss)			
Hilfen durch Jugendamt (ambulant/stationär?)			
Impfstatus (Masern, Tetanus)			
Pflegegrad/ Behindertenausweis?			
Name der/des ambulanten Behandelnden			
E-Mail, Telefonnummer der Praxis, Ort/Stadtteil			
Kind/Jugendliche: in ambulanter Behandlung seit			
Aktuelle Problematik			
Bisherige Diagnostik (u.a. Leistungsdiagnostik)			
Befunde bitte beifügen!			

Behandlungsdiagnose(n)	
Therapieziele/ Behandlungsauftrag/ Behandlungsindikation	
Aktuelle Medikation?	
Aktuelle Gefährdungsaspekte?	
Problematischer Suchtmittel-/ Medienkonsum?	
Unterbringung bereits beantragt?	Ja Nein

Datum, Unterschrift der Behandler:in

Praxisstempel

Interne Vermerke/ Bemerkungen:	
---	--

Datum und Unterschrift