

Anmeldung zur (teil-)stationären Behandlung

Praxisinformation

Kontakt:

Telefon:

E-Mail:

Praxisstempel

Klinikstationen

Stationen 1A/1B/1C/1D Stationen für Jugendliche	Station 7A Station für männliche Jugendliche
Station 3A Eltern-Kind-Einheit	Station 7C Suchtstation für Jugendliche
Stationen 3C/3D Kinderstationen	

Patient:inneninformation

Name:	Vorname:	Geboren:	Geschlecht:
Straße:		Sorgeberechtigte:r	
Ort:		Straße, Ort:	
Krankenkasse:		Telefon:	
Betreuung in Praxis seit:		Lebt bei:	
Anzahl Termine bisher:		Kontakt Jugendhilfe, Familienhilfe, Jugendamt etc.:	

Aktueller Anlass zur Anmeldung (z. B. krisenhafte Zuspitzung, elektive Therapie-Indikation...):

Bisher durchgeführte Diagnostik und Testergebnisse:

(Verdachts-)Diagnose, Symptomverlauf:

Besonderheiten im bisherigen Verlauf, laufende Therapie:

Aktuelle Medikamente:

Auftrag und Ziel der (teil-)stationären Behandlung aus Sicht:

Von Ihnen:

Patient:in :

Sorgeberechtigte:

Datum

Unterschrift

Rücksprache, Tel.:

Bevorzugte Uhrzeit:

Wir bitten darum, uns das Dokument datenschutzkonform zu übermitteln.