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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Name d. Patient\*in** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Anschrift** |  |
| **Versicherung** | gesetzlich  privat -  schriftl. Kostenzusage der PKV liegt vor  Wenn Privat:  Die Kostenübernahme muss zwingend vor der Aufnahme von den Sorgeberechtigten mit der privaten Versicherung geklärt sein. Bitte stellen Sie ggfls. eine begründende befürwortende Stellungnahme zur Vorlage bei der Versicherung aus. Erst nach geklärter Kostenübernahme kann eine Aufnahme  angeboten werden. |
| **Sorgeberechtigt** | Mutter  Vater  Vormund:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Sorgeberechtigte u. Pat.\*in mit Anmeldung und Rücksprache einverstanden?** | Ja  Bitte 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 |
| **\*** Die Beförderung mit einem Taxi-/Krankentransport ist nötig:  Ja  Nein  bei „ja“:  Die **Kostenübernahme** des Taxi-Transports muss zwingend vor der Aufnahme von den Sorgeberechtigten mit den Krankenkassen geklärt sein. Bitte stellen Sie ggfls. eine begründende befürwortende Stellungnahme zur Vorlage bei den Krankenkassen aus. Erst nach geklärter Kostenübernahme kann eine Aufnahme angeboten werden. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnosen nach ICD 10\*** |  | | | | | |
| **Achse I:** |  |  |  | |  |  |
|  | **Achse II:** | | | **Achse III:** | | |
|  | **Achse IV:** | | | **Achse V:** | | |
|  | **\*** Bei im Vordergrund stehender **Störung des Sozialverhaltens** bitte sorgfältig ergänzende/ alternative Hilfen durch Jugendhilfemaßnahmen vorab prüfen. | | | | | |

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikamentenanamnese** | | | | | |
| **Substanz** | **Dosis** | | | **Zeitraum** | **Effekte? UAW? Grund des Absetzens?** |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
| **Jugendamt und zust. Mitarbeiter\*in** | | |  | | |
| **Bisherig erfolgte Jugendhilfemaßnahmen**  (bitte genaue Angaben) | | |  | | |
| **Geplante Jugendhilfemaßnahmen** | | |  | | |
|  | | | | | |
| **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 zum Termin.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Einweisende/r Facharzt/-ärztin o. Psychotherapeut/-in** |  |
| **Telefonnummer** |  |
| **Datum der Anmeldung** |  |
| **Praxisstempel und Unterschrift** |  |

**Vielen Dank für die Informationen!**

**Seite 2 von 2**