**LWL-Klinik Dortmund**
**- Elisabethklinik -**
Kinder- und Jugendpsychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatik
**im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen**

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

# Anmeldung zur (teil-)stationären Behandlung

*Bitte faxen an (0231) 91 30 19-510!*

durch:
(eigene Praxis mit Fax-Nr.)

☐ **Haus 1** – Jugendliche **(13-18)**
☐ **Haus 2** – Kinder **(10-13)**
☐ **Haus 3** – Kinder **(6-10)**
☐ **Haus 5** – Tagesklinik **(8 – max. 13)**
☐ **Haus 4** – Akutstation (ergänzend zu Telefonat mit Notdienst)

| Name: | Vorname: | geb.: | männlich |
|---|---|---|---|
| Straße: | | Sorgeberechtigte/r: | |
| Ort: | | Telefon: | |
| Krankenkasse: | | lebt bei: | |
| Betreuung in Praxis seit?<br>Anzahl Termine bisher? | | Ansprechpartner Jugendhilfe (Tel.): | |

| | |
|---|---|
| **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** | |
| **Auftrag und Zielstellung an (teil-) stationäre Behandlung aus Sicht:**<br>**- von Ihnen**<br>**- der/s Patienten/In**<br>**- der Sorgeberechtigten** | |

Datum Unterschrift

Rücksprachemöglichkeit unter: _____

um (bevorzugte Uhrzeit): _____

Vers.: 14/04/09