

**Anmeldung zur (teil-)stationären Behandlung***Bitte faxen an (0231) 91 30 19-510!*

durch:

(eigene Praxis mit Fax-Nr.)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Haus 1</b> – Jugendliche (13-18)                                   | <input type="checkbox"/> <b>Haus 2</b> – Kinder (10-15)      |
| <input type="checkbox"/> <b>Haus 3</b> – Kinder (6-10)   | <input type="checkbox"/> <b>Haus 5</b> – Tagesklinik (10-17) |
| <input type="checkbox"/> <b>Haus 4</b> – Akutstation (ergänzend zu<br>Telefonat mit Notdienst) |  |

Name:	Vorname:	geb.:	Geschlecht:
Straße:		Sorgeberechtigte/r:	
Ort:		Telefon:	
Krankenkasse:		lebt bei:	
Betreuung in Praxis seit?		Ansprechpartner Jugendhilfe (Tel.):	
Anzahl Termine bisher?			

<b>Aktueller Anlass zur Anmeldung</b> (z.B. krisenhafte Zuspitzung, elektive Therapie-indikation, ...)	
<b>Bisher durchgeführte Diagnostik und Testergebnisse</b>	
<b>(Verdachts-)Diagnose, Symptomverlauf</b>	
<b>Besonderheiten im bisherigen Verlauf, laufende Therapie</b>	
<b>Auftrag und Zielstellung an (teil-) stationäre Behandlung aus Sicht:</b> - von Ihnen - der/s Patienten/In - der Sorgeberechtigten	

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Rücksprachemöglichkeit unter: \_\_\_\_\_

um (bevorzugte Uhrzeit): \_\_\_\_\_

FO_Klinik-2015-01_Faxanmeldung.doc			<b>Gültig seit:</b> 28.01.2013	<b>Stand</b> 10.07.15
<b>Bereich:</b> Klinik	<b>Verantwortlich:</b> BL	<b>Freigabe durch:</b> BL	<b>Überarbeitungs-Turnus</b> 3 Jahre	<b>Version</b> 2.1
			<b>Überarbeitungs- Zeitraum</b> 2017, 3. Quartal	<b>Seite</b> 1 von 1