



Anmeldung zur (teil-)stationären Behandlung

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

durch:

(eigene Praxis mit Fax-Nr.)

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

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

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

Datum _____ Unterschrift _____
Rücksprachemöglichkeit unter: _____
um (bevorzugte Uhrzeit): _____

Faxanmeldung

Bearbeitung:
Chefarzt

Freigabe:
Chefarzt

Geltungsbereich:
KJP Dortmund

Version: 4.1
vom: 13.12.2020