



Institutsambulanz  
der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zentrale Aufnahme der KJP: 06021-323845  
(außerhalb der Geschäftszeiten über die Pforte des Klinikums: 06021-32-0)

Fax: 06021-323899

E-Mail: [Kjp.zentrale-aufnahme@klinikum-ab-alz.de](mailto:Kjp.zentrale-aufnahme@klinikum-ab-alz.de)

### Arztinformation:

Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_  
Praxisadresse: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer (für Notfallanmeldungen): \_\_\_\_\_  
Faxnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Patienteninformationen:

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: (Eltern/Erziehungsberechtigte): \_\_\_\_\_  
Sorgerecht: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Private Zusatzversicherung Ja  Nein

### Dringlichkeitsstufe:

**Für Notfallanmeldungen: (06021-323845)**

(außerhalb der Geschäftszeiten über die Pforte des Klinikums: 06021-32-0)

- Notfall Suizidalität: Sofortige Behandlung (**Bitte telefonisch anmelden!**)
- Notfall Psychotische Symptome: Sofortige Behandlung (**Bitte telefonisch anmelden!**)
- Notfall (akute Fremdgefährdung): Sofortige Behandlung (**Bitte telefonisch anmelden!**)

Stationäre Behandlung dringend erforderlich: (Bitte entsprechendes ankreuzen):

Schulabsentismus (seit wann bestehend: \_\_\_\_\_ )

Essstörung (Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ )

Somatische Abklärung: erfolgt  notwendig

Stationäre/tagesklinische Behandlung sinnvoll: \_\_\_\_\_

Regulationsstörungen: \_\_\_\_\_

**Psychiatrische / psychotherapeutische Vorbehandlung:**

Ja  (bei wem): \_\_\_\_\_ nein

**Verdachtsdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Kurze Beschreibung der Symptome, Anamnese:**

---

---

---

---

---

---

**Vorbefunde soweit vorhanden bitte anfügen.**

**Vielen Dank für Ihre Anmeldung und Kooperation!**

**Wir sind bestrebt, die bestmögliche Unterstützung für Ihre Patienten sicherzustellen. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**



**Seite 3 ist nur zum Ausfüllen der KJP intern!**

Anfrage eingegangen am: \_\_\_\_\_

Vorgelegt am: \_\_\_\_\_

Empfehlungen: \_\_\_\_\_

Vorstellung heute (Übergabe an Krisenslot erfolgt)

Regulärer Termin in der KJP-Ambulanz geplant für \_\_\_\_\_

Externe Anbindung z.B. bei niedergelassenen Kollegen

Vermittlungscode für Psychotherapie für die Terminverwaltung  
(Vermittlungscode durch Kinderarzt \_\_\_\_\_)

Rückmeldung an Eltern erfolgt am \_\_\_\_\_

Rückmeldung an Kinderarzt erfolgt am (per E-Mail/Fax) \_\_\_\_\_