

**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

Anmelderinformation:

Name des Arztes/Therapeuten: _____
Praxisadresse: _____
Telefonnummer (für Notfallanmeldungen): _____
Faxnummer: _____
E-Mail-Adresse: _____

Patienteninformationen:

Name des Patienten: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: (Eltern/Erziehungsberechtigte)(Handy): _____
E-Mail-Adresse: _____
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 ☐

☐ Institutsambulanz

☐ Tagesklinik

☐ Station

☐ Psychiatrische Intensivstation ITE

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) _____