

LWL Klinik Marsberg KJP

Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie Psychosomatik

Praxisstempel (FA KJP, Pädiatrie, Psychiatrie,
KiJuPsychotherapeut)

Datum der Anmeldung

bitte ankreuzen:

- ☐ Facharzt KJP
- ☐ Psychotherapeut KJ
- ☐ Facharzt Kinder- und Jugendmedizin
- ☐ Facharzt Psychiatrie/Nervenarzt
- ☐ Sonstige Fachrichtung:

FAX-ANMELDUNG (Fax: 02992-601-3463) (nur in regulärer Öffnungszeit gelesen)

☐ zur ambulanten Krisenintervention

☐ Notfall sofort (auch TEL !!)

☐ zu ambulanten Überbrückungsterminen

☐ Eilt, bevorzugt

Termine in der eigenen Praxis wieder ab: _____

☐ Eilt

☐ Regulär

☐ zur (teil-)stationären Behandlung

☐ Kinderbereich

☐ Jugendbereich offen

☐ Tagesklinik, bevorzugt in:

☐ Jugendbereich Krise

☐ Suchtbereich

☐ Paderborn

☐ LB/ GB

☐ Meschede

☐ Höxter

Angaben zum Patienten:

Name	Vorname	Geb.datum
Adresse	Sorgeberechtigte(r)	Telefon
Ansprechpartner Jugendhilfe		Betreuung in Praxis seit:
Telefon	Krankenversicherung ☐ Privat ☐ GKV	Anzahl der Termine bisher:
Aktueller Anlass zur Anmeldung (z. B. krisenhafte Zuspitzung, elektive Therapieindikation, Diagnostik...)		
(Verdachts-) Diagnose, Symptomverlauf		
Besonderheiten im bisherigen Verlauf, laufende Therapien		
Auftrag und Zielstellung an ambulante bzw. (teil-)stationäre Behandlung - aus Ihrer Sicht - aus Sicht der Sorgeberechtigten		

Patient/ Angeh. melden sich selbst in Ambulanz. Wichtige Befunde mitschicken