KLINIKUM ITZEHOE

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Bereich Kinder und Jugendliche

Anmeldung für eine tagesklinische oder eine aufsuchende Behandlung (Hometreatment)
Bitte beachten Sie: Das Formular ist von Kinder- und JugendpsychiaterInnen bzw. Kinder- und JugendpsychotherpeutInnen auszufüllen! Bei Aufnahme wird eine Einweisung benötigt!

Per Post an

Zentrum für Psychosoziale Medizin
Kinder- und Jugendpsychiatrische Instituts-ambulanz
Lornsenplatz 2-6
25524 Itzehoe

Per E-Mail an
pia-kjp@kh-itzehoe.de

AnmelderIn	**Datum**
Kontaktdaten: (ggf. Praxisstempel, Telefonnummer)	

PatientInnendaten (ggf. kann hier ein Code vermerkt werden und die Klardaten dann telefonisch übermittelt werden)	
Name:	Geburtsdatum
Anschrift	Telefonnummern (Festnetz & Mobil)

Behandlungsauftrag	
☐ **Diagnostik** ☐ **Therapie** ☐	_____(ICD-10: F___.___) ☐ GD ☐ V.a _____(ICD-10: F___.___) ☐ GD ☐ V.a _____(ICD-10: F___.___) ☐ GD ☐ V.a

☐ **PatientIn und Sorgeberechtigte sind mit der Behandlung einverstanden**

Behandlungsform	Bemerkungen / Besonderheiten
☐ **Tagesklinik** ☐ **Hometreatment** ☐ **Ambulanzkontakt zur Klärung der Behandlungsform**	

Rückmeldung und weiteres Procedere

- ☐ **Bitte um Rücksprache (Tel.:_____), günstige Zeit für Rückruf:_____**
- ☐ **Bitte um direkte Kontaktaufnahme mit der Familie unter obiger Telefonnummer**
- ☐ **Brief folgt**