



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

Per Post an

Zentrum für Psychosoziale Medizin
Kinder- und Jugendpsychiatrische
Institutsambulanz
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	Diagnosen:
<input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Therapie <input type="checkbox"/>	_____ (ICD-10: F____.____) <input type="checkbox"/> GD <input type="checkbox"/> V.a _____ (ICD-10: F____.____) <input type="checkbox"/> GD <input type="checkbox"/> V.a _____ (ICD-10: F____.____) <input type="checkbox"/> GD <input type="checkbox"/> V.a
<input type="checkbox"/> PatientIn und Sorgeberechtigte sind mit der Behandlung einverstanden	
Behandlungsform <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> Hometreatment <input type="checkbox"/> Ambulanzkontakt zur Klärung der Behandlungsform	Bemerkungen / Besonderheiten:

Rückmeldung und weiteres Procedere
<input type="checkbox"/> Bitte um Rücksprache (Tel.: _____), günstige Zeit für Rückruf: _____ <input type="checkbox"/> Bitte um direkte Kontaktaufnahme mit der Familie unter obiger Telefonnummer <input type="checkbox"/> Brief folgt