

**Anmeldung für die Institutsambulanz (ambulante Vorstellung)  
der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik  
und Psychotherapie am St. Marien-Hospital Düren-Birkesdorf  
für Kinder- und Jugendärzte und Allgemeinmediziner**

Abteilung für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik  
und Psychotherapie  
Hospitalstraße 44  
52353 Düren

**Patientendaten:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  m  w  d Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  gesetzliche Krankenkasse  private Krankenversicherung

E-Mail: iakjp.birkesdorf@ct-west.de  
Telefon: 02421 805-6712  
Telefax: 02421 805-6709

**Kontaktdaten:**

Mutter Festnetz: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Vater Festnetz: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Personensorge**

beide Eltern  
 verheiratet  getrennt lebend

nur Mutter  nur Vater

Vormund: Name: \_\_\_\_\_ Tel./Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Vorstellungsanlass:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Relevantes aus der Vorgeschichte und aktuelle Symptomatik:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(Dauer-) Medikation:** \_\_\_\_\_

**Dringlichkeit:**  niedrig  mittel  hoch

**Anmeldung** am \_\_\_\_\_ durch (Name:) \_\_\_\_\_ (Vorname:) \_\_\_\_\_

Praxis \_\_\_\_\_ (Praxisstempel)

Tel.-Nr. für Rückfragen \_\_\_\_\_

Die Eltern (Personensorgeberechtigten) sind über die Anmeldung informiert und wissen, dass sie sich telefonisch zwecks Terminvereinbarung unter 02421/805-6712 melden müssen.