

**Anmeldung Institutsambulanz Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie Düren**

Bitte senden Sie die Anmeldung per E-Mail oder Fax UND rufen Sie uns innerhalb von 2 Werktagen zwecks Terminvereinbarung an.

Akademisches Lehrkrankenhaus
der RWTH Aachen
Abteilung für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie

Anmelder: _____ Anmeldedatum: _____

Name Patient: _____ m w d

Krankenkasse: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse _____

Schule: _____ Klasse: _____

Sorgeberechtigte: _____

Lebt bei: Eltern Mutter Vater nicht zu Hause

Adresse/Tel./E-Mail Mutter _____

Adresse/Tel./E-Mail Vater _____

Haus- oder Kinderarzt: _____

Vorbehandlung KJP _____ Vorbehandlung SPZ _____

Medikation: _____

Kontakt zum Jugendamt? ja nein Bisherige Hilfen? _____

Symptomatik:

unruhig, zappelig unkonzentriert aggressiv Einnässen Einkoten

depressiv, traurig, weint häufig ängstlich, wovor? _____

verletzt sich selbst, bitte beschreiben _____

körperliche Beschwerden / Schmerzen. Medizinische Abklärung erfolgt ja nein

Einschlafprobleme nächtliches Aufwachen starke Müdigkeit

geht nicht zur Schule, seit _____ Zwangsverhalten/-gedanken, welche _____

Essprobleme: Zu- Abnahme von ___ kg in ___ Wochen / Monaten Größe: _____ Gewicht: _____

Erbrechen: ja nein Häufigkeit: _____ x / Tag / Woche

Drogen, welche _____ Kontakt Drogenberatungsstelle? Ja nein

Hat Ihr Kind in letzter Zeit ein außergewöhnlich belastendes oder bedrohliches Erlebnis gehabt?

Sonstige Beschwerden: _____

Hiermit versicher ich als Sorgeberechtigte/-r, dass ich und ggf. die weiteren Sorgeberechtigten mit der Aufnahme der obigen Daten in der KJP-Ambulanz einverstanden bin / sind.

Unterschrift

Dieses Feld bitte nicht ausfüllen!

Kinder-/Hausarzt über Anmeldung KJP informiert? Ja nein

Bögen mitgegeben: Ja nein

Anschreiben, Einverständnis & Vollmacht per E-Mail an: _____

einbestellt für: _____ bei _____

Über Nota aufgeklärt Ja nein

Angenommen durch: _____