St. Marien-Hospital
DÜREN
Akademisches Lehrkrankenhaus
der RWTH Aachen

Abteilung für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie

Hospitalstraße 44 · 52353 Düren
E-Mail:
iakjp.birkesdorf@jg-gruppe.de
Telefon: 02421 805-6712
Telefax: 02421 805-6725

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 weiterer Besprechung an.

X Ohne Unterschrift ist eine Bearbeitung nicht möglich. X

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.

Wir möchten Sie freundlich bitten, die bei uns vereinbarten Termine einzuhalten und bei entsprechender Verhinderung, egal aus welchem Grund, uns frühzeitig darüber zu informieren. Sollten Termine unentschuldigt nicht wahrgenommen werden, sehen wir uns gezwungen, diesbezüglich eine Ausfallentschädigung in Höhe von 50,00 € einzufordern.

X _____

Datum und Unterschrift

Rückmeldung OÄ: _____, Termin am verg.: _____, Mail versendet: 0