



DATUM: - -

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN

Name des Patienten: <i>Vor- und Nachname</i> <i>Geb. -Datum</i> <i>Adresse</i>	
Krankenkasse	
Name der Eltern: (Vor- und Nachname) Kindesmutter: Kindesvater: ggf. Stiefmutter/Stiefvater	
Telefonnummer und ggf. Email der Eltern: Kindesmutter: Kindesvater: ggf. Stiefmutter/Stiefvater	
Telefonnummer: (Patient)	
Bei wem lebt der Patient:	



Jugendamt involviert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	- Name des Jugendamtes - Name des Sachbearbeiters - Telefonnummer:
Fremdunterbringung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art der Fremdunterbringung?	<input type="checkbox"/> Wohngruppe (Name der Wohngruppe) <input type="checkbox"/> Pflegefamilie <input type="checkbox"/> Sonstige Fremdunterbringung
Wenn ja, bitte nachfolgend Name der Unterbringung, Ansprechpartner*In und Telefonnummer, so wie Erreichbarkeit angeben:	
Bei wem liegt das Sorgerecht: (Vor- und Nachname und Erreichbarkeit angeben und ggf. Jugendamt und Ansprechpartner angeben)	
Welcher Kindergarten, Schule, Schulklasse besucht das Kind? Klasse wiederholt?	
Frühere Behandlung in unserer Klinik /Geschwisterbehandlung?	
Aktuelles Quartal Kontakt zum Kinder- & Jugendpsychiater gehabt?	



Überweisender Arzt (Fachrichtung?)	
Empfehlung durch wen?	
Anliegen:	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> tagesklinisch <input type="checkbox"/> stationär
Vorstellungsanlass	
Bemerkungen	