

**Klinikum Lüdenscheid
Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie**

**Klinikdirektor
Dr. Morsi Abdallah, PhD, MPH**

Paulmannshöher Straße 14
58515 Lüdenscheid
Tel.: 02351 46-3941

**FAX-ANMELDUNG durch niedergelassene Psychotherapeut*innen,
Kinder-/Hausärzt*innen, Psychiater*innen
Fax-Nr.: 02351-46-673981**

**E-MAIL-ANMELDUNG durch niedergelassene Psychotherapeut*innen,
Kinder-/Hausärzt*innen, Psychiater*innen
kipp@klinikum-luedenscheid.de + leonie.rauscher@klinikum-luedenscheid.de
(Aufnahmekoordination, Tel. 02351-46-3981)**

zur stationären Behandlung

- ☐ Kinderstation
☐ Jugendstation

zur teilstationären Behandlung

- ☐ Kinderstation
☐ Jugendstation

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Sorgeberechtigte und Telefonnummer (E-Mail-Adresse, falls vorhanden)	
Name der Praxis und des anmeldenden Behandlers		Betreuung in der Praxis seit
Telefonnummer (Praxis)	Krankenversicherung ☐ Privat ☐ GKV	Anzahl der Termine bisher

Aktueller Anlass zur Anmeldung (z.B. krisenhafte Entwicklung, elektive Therapieindikation, Diagnostikauftrag, etc.):

(Verdachts-) Diagnose, Symptomverlauf:

Besonderheiten im aktuellen Therapieverlauf, bisherige diagnostische Erkenntnisse, ggf. Medikation:

Bitte fügen Sie uns bisherige Befundberichte, Diagnostikergebnisse o.Ä., falls vorliegend, zur Anmeldung hinzu

Auftrag und Zielbenennung:

Schwerpunkt:

- ☐ Stabilisierung
- ☐ Psychotherapie
- ☐ Medikamenteneinstellung
- ☐ Sonstiges:

Hiermit bestätige ich, dass die Sorgeberechtigten mit dieser Anmeldung sowie der Kontaktaufnahme der KJPP Lüdenscheid einverstanden sind:

Datum

Unterschrift