**Ambulanz und Tagesklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie **

**Friesenstraße 11 24534 Neumünster; Tel.: 405- 6271**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anrufer/ Anmelder: | | | Datum: |
| Name des Patienten: | | | |
| Geb.- Datum: | | |  |
| Wohnort: | | | |
| Sorgeberechtigter: | | | |
| Mutter Tel.: | Mutter Handy: | | |
| Wohnort Mutter: | | | |
| Vater: |  | | |
| Vater Tel.: | Vater Handy: | | |
| Wohnort Vater: | | | |
| Krankenkasse: | | | |
| Versichert über Mutter / Vater: Geb. Datum: | | | |
| Kinderarzt / Hausarzt: | | | |
| Kita / Schule / Lehrer: | | | |
| Empfohlen durch: | | | |
| Vorstellungsgrund: | | | |
| seit wann besteht das Problem: | | | |
| Gibt es Vorbefunde früherer Behandlungen? ja □ nein □ wenn ja, bitte in Kopie mitbringen! | | | |
| Regelmäßige Medikamente?: ja □ nein □ welche: | | | |
| Wunsch der Eltern nach ambulante Behandlung □ tagesklinische Behandlung □ | | | |
| Sonstiges / Wunschtermine (versuchen wir zu berücksichtigen): | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Termin für: Ambulanz: □ | | Tagesklinik: □ | |
| Datum / Zeit: | | Datum / Zeit: | |
| Behandelnde(r): | | Behandelnde(r): | |

**Patientenanmeldung: telefonisch** □ **persönlich** □ **per Mail** □

BITTE NICHT AUSFÜLLEN