

Anmeldung Institutsambulanz

Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie Florentine-Eichler-Str. 1; 51067 Köln
Tel.: 0221/8907 2011 Fax: 0221/8907 2053

Dieses Feld bitte nicht ausfüllen!

Terminvergabe: _____

Anzufordernde Unterlagen: _____

Anmelder*in:

Anmeldedatum:

Name Patient*in:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Adresse (Meldeadresse Patient*in):

Email:

Telefonnummer:

Sorgeberechtigte:

Schule/KiTa:

Klasse:

Kinderarzt*ärztin/Hausarzt*ärztin:

behandelnde/r Kinder/Jugendpsychiater*in:

behandelnde/r Kinder/Jugendpsychotherapeut*in:

Medikamente:

Kontakt zum Jugendamt? nein ja; bisherige Hilfen?

Probleme/Symptomatik

(Bitte beschreiben: motorisch unruhig, Konzentrationsprobleme, aggressiv, depressiv, suizidale Äußerung, Selbstverletzung, Ängste, Zwänge, Schulverweigerung, Einnässen, Einkoten, Essstörung (wenn Erbrechen wie häufig?), Drogenkonsum (Cannabis, Alkohol, Amphetamine, Opiate))

Wir haben Interesse an einer Gruppentherapie für Patient*innen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen

Aktuelles Gewicht: kg, Größe: cm, Abnahme von kg in Wochen/ Monaten

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

nein ja, und zwar:

Unser Auftrag (Was wünschen Sie?):

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

Ich habe das angehängte Merkblatt "Hinweise zur Datenverarbeitung" gelesen.

Wenn Sorge bzgl. akuter Eigen- oder Fremdgefährdung besteht, rufen Sie bitte den Rettungsdienst (Tel.: 112) oder melden sich telefonisch in unserer Ambulanz unter Tel.: 0221/8907-2011.

Termine in unserer Ambulanz finden in deutscher Sprache statt.

Bitte bringen Sie bei Fremdsprachigkeit eine/n Dolmetscher*in mit.