

ANMELDEBOGEN INSTITUTSAMBULANZ KJP TIEFENBRUNN

Liebe Kinder und Eltern, liebe Jugendliche, liebe Fachkollegen,
vielen Dank für Ihr Interesse an einer ambulanten Behandlung in unserem Fachklinikum.

Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen sorgfältig aus, damit wir ein Bild von den Problemen und Beschwerden bekommen, weswegen Sie sich, Ihr Kind oder Ihre Klientin/Ihren Klienten bei uns vorstellen möchten.

Sie erhalten dann in den nächsten Wochen schriftlich eine Einladung zu einem ambulanten Vorstellungstermin, in dem wir Sie bei Bedarf auch ausführlich über unser multimodales Behandlungskonzept informieren können.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Senden Sie den ausgefüllten Bogen bitte an die
Institutsambulanz KJP, Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, 37124 Rosdorf
Fax: 0551-5005-4330
E-Mail: c.schlensoeg@asklepios.com

Anmeldende Person: _____ Datum: _____

Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Aktuell wohnhaft: leibl. Eltern Adoptiv-/Pflege-Eltern
Kinder- und Jugendhilfe-Einrichtung : _____ allein

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____
mobil: _____ E-Mail: _____

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zur Klärung meiner stationären Aufnahme mit mir per E-Mail Kontakt aufnehmen (Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 a DSGVO): Ja / Nein

Sorgerecht: Eltern gemeinsam oder geteilt Mutter allein Vater allein
Andere _____

Krankenkasse: _____ gesetzlich privat Zusatz privat für stationär

Ärzte und Behandler

Hausarzt/-ärztin: _____
(Name/ Adresse) _____

KJP-Psychiater/in: _____
(Name/ Adresse) _____

Psychotherapeut/in: _____
(Name/ Adresse) _____

Wird das Kind/die/der Jugendliche aktuell in einer **anderen Institutsambulanz** behandelt? **Nein**

Ja , zuletzt am _____ wo: _____

Vorbehandlungen

Ist oder war das Kind/die/der Jugendliche in **ambulanter** Psychotherapie? **Nein**

Ja :

bei _____ seit/von _____ bis _____, _____x/Woche

bei _____ seit/von _____ bis _____, _____x/Woche

bei _____ seit/von _____ bis _____, _____x/Woche

Ist oder war das Kind/die/der Jugendliche in **tagesklinischer** Behandlung? **Nein**

Ja insgesamt _____ Aufenthalte:

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Ist oder war das Kind/die/der Jugendliche in **stationärer** Behandlung/Psychotherapie? **Nein**

Ja insgesamt _____ Aufenthalte:

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Jahr: _____ Klinik: _____

Wurde oder wird **Jugendhilfe** in Anspruch genommen? **Nein**

Ja , **ambulante Jugendhilfe** seit/von _____ bis _____
was: _____

ja , **stationäre Jugendhilfe** seit/von _____ bis _____
was: _____

Sonstiges: _____

Schule/Ausbildung

zuletzt abgeschlossene Klassenstufe _____ wann _____

an : Hauptschule Realschule Gymnasium

aktueller Schulbesuch: regelmäßig unregelmäßig gar nicht

Schulersatzmaßnahme : _____ seit _____

als nächstes angestrebter Abschluss: _____ wann _____

Grund der Anmeldung

Bitte beschreiben Sie die **aktuellen Probleme/Schwierigkeiten des Kindes/der/des Jugendlichen im Alltag**, weswegen eine stationäre Behandlung in Tiefenbrunn angestrebt wird:

Hat das Kind/die/der Jugendliche schwere körperliche Erkrankungen?

Nein

Ja , welche?:

Nimmt das Kind/die/der Jugendliche regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja , welche?:

Vermute **Ursachen und Hintergründe** der Probleme (Stichworte):

Vielen Dank!