

# Anmeldung zur (teil-)stationären Behandlung

## Praxisinformation

Kontakt:

Telefon:

E-Mail:

Praxisstempel

## Klinikstationen

Haus 1 Jugendliche (14–17 Jahre)	Haus 4 Akutstation
Haus 2 Kinder (11–15 Jahre)	Haus 5 Tagesklinik (7–17 Jahre, ab Grundschule)
Haus 3 Kinder (6–11 Jahre)	

## Patient:inneninformation

Name:

Vorname:

Geboren:

Geschlecht:

Straße:

Sorgeberechtigte:r:

Ort:

Telefon:

Krankenkasse:

Lebt bei:

Betreuung in Praxis seit:

Kontakt Jugendhilfe:

Anzahl Termine bisher:

Aktueller Anlass zur Anmeldung (z. B. krisenhafte Zuspitzung, elektive Therapie-Indikation...):

Bisher durchgeführte Diagnostik und Testergebnisse:

(Verdachts-)Diagnose, Symptomverlauf:

Besonderheiten im bisherigen Verlauf, laufende Therapie:

**Auftrag und Ziel der (teil-)stationären Behandlung aus Sicht:**

Von Ihnen:

---

Patient:in:

---

Sorgeberechtigte:

---

Datum	Unterschrift
-------	--------------

---

Rücksprache, Tel.:

Bevorzugte Uhrzeit:

---