**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