

Praxisstempel:

Datum der Anmeldung:

Bitte ankreuzen:

- Facharzt KJP
- Psychotherapeut KJ
- Facharzt Kinder- und Jugendmedizin
- Facharzt Psychiatrie / Nervenarzt
- andere Fachrichtung

LWL Universitätsklinik Hamm der Ruhruniversität Bochum

Kinder- und Jugendpsychiatrie ■ Psychotherapie ■ Psychosomatik

Zentrales Aufnahme- und Belegungsmanagement

FAX-ANMELDUNG (Fax-Nr.: 02381-893-3003)

zur stat. Behandlung Hamm

- Kinderbereich (vollstationär)
- Eltern-Kind-Einheit (EKE) U10
- Jugendbereich (vollstationär) Ü14
- DBT-A (vollstationär) Ü14
- Suchtbereich (vollstationär) Ü14
- Essstörung (vollstationär)
- Mediensucht (vollstationär) Ü14

zur teilstat. Behandlung in:

- Tagesklinik Hamm (teilstationär)
- Schmerztageskl. Hamm (teilstationär)
- Tagesklinik Soest (teilstationär)
- Tagesklinik Warendorf (teilstationär)
- Tagesklinik Bergkamen (teilstationär)

LWL Campus Gütersloh

- EKE Gütersloh
- Kinder / Jugendliche 10 - 18 Jahre
- Tagesklinik Gütersloh (teilstationär)
- Tagesklinik Rheda-Wiedenbrück (teilstationär.)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Sorgeberechtigte (Name, Vorname)	Telefon
Ansprechpartner Jugendhilfe (JH)		Betreuung in der Praxis seit
Telefon (JH)	Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> GKV	Anzahl der Termine bisher

Aktueller Anlass zur Anmeldung (z.B. krisenhafte Entwicklung, elektive Therapieindikation, Diagnostikauftrag, etc.)	
(Verdachts-) Diagnose Symptomverlauf	
1. Besonderheiten im akt. Therapieverlauf 2. Bisherige diagn. Erkenntnisse 3. Ggf. Medikation	
Auftrag und Zielbenennung an ambulante bzw. (teil-) stationäre Behandler: 1. Aus Sicht des Anmelders 2. Aus Sicht der Sorgeberechtigten 3. Aus Sicht des Patienten	