

Anmeldung für eine	stationäre Behandlung stationsäquivalente Behandlung	teilstationäre Behandlung Kinder und Jugendliche teilstationäre Behandlung Eltern/Kleinkind	
Name des Kindes/ der/des Jugendlichen		Geburtsdatum	Männlich Weiblich Divers
		Geschlecht	
Name, Anschrift, Telefonnummer, der Sorgeberechtigten			
ggf. Name und Telefonnummer vom Vormund			
Kind lebt bei (ggf. Einrichtung)			
Krankenversicherung/ Name der/des Hauptversicherten			
Schule, Klassenstufe (ggf. Abschluss)			
Hilfen durch Jugendamt (ambulant/stationär?)			
Impfstatus (Masern, Tetanus)			
Pflegegrad/ Behindertenausweis?			
Name der/des ambulanten Behandelnden			
Adresse und Telefonnummer der Praxis			
Kind/Jugendliche:r in ambulanter Behandlung seit			
Aktuelle Problematik			
Bisherige Diagnostik (u.a. Leistungsdiagnostik)			
Befunde bitte beifügen!			
Behandlungsdiagnose(n)			
Therapieziele/ Behandlungsauftrag/ Behandlungsindikation			

Aktuelle Medikation?	
Aktuelle Gefährdungsaspekte?	
Problematischer Suchtmittel-/ Medienkonsum?	
Unterbringung bereits beantragt?	Ja Nein

Datum, Unterschrift der Behandler:in

Praxisstempel

Interne Vermerke/ Bemerkungen:	
---	--

Datum und Unterschrift