

Anmeldebogen KJP Rheine/ KJP Ibbenbüren

Liebe Kinder und Eltern, liebe Jugendliche, liebe Fachkollegen,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Behandlung in unserer Tagesklinik.

Außerhalb unserer persönlichen und telefonischen Sprechzeiten, Telefon **KJP Rheine** 05971/42-1120 und Telefon **KJP Ibbenbüren** 05451/52-1701, können Sie gerne zunächst mittels dieses Anmeldebogens mit uns Kontakt aufnehmen.

Bitte füllen Sie dazu den Anmeldebogen sorgfältig aus und schicken ihn uns anschließend für **Rheine**, per Post Mathias-Spital Rheine, Tagesklinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine oder per Fax 05971/42-3-1120 zu.

Für **Ibbenbüren**, per Post Klinikum Ibbenbüren, Tagesklinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Große Str. 41, 49477 Ibbenbüren oder per FAX 05451/52-1703 zu. Wir werden uns dann zeitnah mit Ihnen zwecks Vereinbarung eines ambulanten Vorgesprächstermins in Verbindung setzen.

Angaben zum Patienten

Name, Vorname: _____

Adresse, wo das Kind/der Jugendliche lebt
(ggf. Einrichtung): _____

Straße,
Hausnummer: _____

PLZ,
Ort: _____

Name des Anmelders: _____

Telefonnr. des Anmelders:

Privat: _____ Mobil: _____

Dienstlich: _____ Sonstige: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum des Kindes/Jugendlichen: __.__.____

Krankenkasse: _____ Private (Zusatz-)versicherung? _ ja _ nein

Angaben zu den Eltern:

Vater: _____ Mutter: _____

Straße: _____ Straße: _____

Wohnort: _____ Wohnort: _____

E-Mail: _____ E-Mail: _____

Wer hat das Sorgerecht für das Kind/den Jugendlichen?

Welche Schulform und Klasse besucht das Kind/ der Jugendliche bzw. in welcher Ausbildung befindet er/sie sich?

Regelmäßiger Schulbesuch? ja nein

Bisherige Ärzte und Behandler

Hausarzt

(Name/Adresse): _____

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

(Name/Adresse): _____

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

(Name/Adresse): _____

Ist das Kind/der Jugendliche aktuell noch in ambulanter Psychotherapie? ja nein

Gibt es schon stationäre/teilstationäre Vorbehandlung? ja nein

Falls ja: Wie viele Aufenthalte? _____

In welcher Klinik/welchen Kliniken?

Wurde/wird Jugendhilfe in Anspruch genommen?

Ambulante Jugendhilfe nein ja, seit _____

Stationäre Jugendhilfe nein ja, seit _____

Beratungsstellen oder Sonstiges:

Symptomatik

Welche Schwierigkeiten/Probleme stehen bei dem Kind/Jugendlichen aktuell im Vordergrund?

Aktuelle Medikation: _____