



ANMELDE-FRAGEBOGEN

Liebe Patient:innen-Eltern,

es freut uns, dass Sie Ihr Kind zu einer Behandlung in unserer Klinik anmelden wollen. Um Ihre Anmeldung zügig bearbeiten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst genau und vollständig.

ZUM ANMELDEBOGEN BENÖTIGEN WIR ZUSÄTZLICH:

- Einen aktuellen **Arztbrief** (ein Kurzarztbrief ist ausreichend) von der anmeldenden Fachärztin, vom anmeldenden Facharzt oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. -psychotherapeuten oder ggf. von der zuverlegenden Klinik. Zusätzliche ältere Arztbriefe sind hilfreich.
- Bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten einen **Einweisungsschein** von Ihrer Fachärztin oder Ihrem Facharzt (für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin, Pädiatrie oder Allgemeinmedizin) oder Ihrem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- Bei privat versicherten Patientinnen und Patienten eine **Kostenzusage** für mindestens vier Wochen von Ihrer Krankenversicherung und ggf. Ihrer Beihilfestelle.

1. PERSÖNLICHE DATEN DES JUGENDLICHEN

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Mobiltelefon _____

Schule _____ Klasse _____

weiblich männlich divers

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

2. PERSÖNLICHE DATEN DER ELTERN

Mutter:

Name _____ Tel _____

Wohnort _____

Mobiltelefon _____ E-Mail _____

Vater:

Name _____ Tel _____

Wohnort _____

Mobiltelefon _____ E-Mail _____

Sorgerecht: beide Vater Mutter andere (bitte geben Sie die Kontaktdaten unten an)

Name _____ Tel _____

Wohnort _____

Mobiltelefon _____ E-Mail _____



KIRINUS

TAGESKLINIK NYMPHENBURG

Name / Vorname

3. ANGABEN ZUR KRANKENVERSICHERUNG

Krankenversichert bei (Name der Versicherung, Adresse) _____

Versichertennummer _____ Gesetzlich versichert Privat versichert
Mitversichert bei Mutter Mitversichert bei Vater Selber Mitglied Selbstzahler

Ich wünsche für mein Kind privatärztliche Behandlung mit gesonderter Liquidation (Wahlleistung Arzt) Ja Nein

Bitte beachten Sie: Die Kosten für Wahlleistungen sind von der Patientin / dem Patienten bzw. der privaten (Zusatz-)Versicherung zu tragen. Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen kann nur für die gesamte Dauer des teilstationären Aufenthaltes erfolgen.

Besteht eine Zusatzversicherung bzw. schließt der Vertrag wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) ein? Ja Nein

Wenn Ja, bei welcher Versicherung (Name, Adresse)? _____

Ist Ihr Kind behinderberechtigt? Ja Nein

Wenn Ja, bei welcher Beihilfestelle (Name, Adresse)? _____

4. ANGABEN ZU BEHANDELNDEN ÄRZTEN

Einweisende Fachärztin oder Facharzt (Name, Adresse, Telefonnummer)

Hausärztin oder Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer)

5. MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHE ANGABEN

Befindet sich Ihr Kind derzeit in ambulanter Psychotherapie? Ja Nein

Psychotherapeutin oder Psychotherapeut (Name, Adresse, Telefonnummer)

Welche seelischen und körperlichen Beschwerden führen zur Anmeldung?



KIRINUS

TAGESKLINIK NYMPHENBURG

Name / Vorname

Hat Ihr Kind jemals einen Suizidversuch unternommen? Ja Nein

Wenn ja, wann fand der letzte Versuch statt (Monat /Jahr)? _____

War ihr Kind jemals in stationärer psychosomatischer und/oder psychiatrischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bitte machen Sie kurze Angaben dazu:

Jahr	Einrichtung	Aufnahmegrund	Dauer (in Wochen)

Bitte denken Sie daran, uns die Abschlussberichte Ihrer Klinikaufenthalte zukommen zu lassen, sofern vorhanden.

Wie häufig und in welchen Mengen trinkt Ihr Kind aktuell Alkohol?

Konsumiert Ihr Kind aktuell illegale Drogen (oder Cannabis) oder hat es diese in der Vergangenheit konsumiert? Ja Nein

Wenn ja, welche Drogen, wie häufig und wann zuletzt?

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, über E-Mail zu kommunizieren. Dabei verwenden wir keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, d.h. der Inhalt der E-Mail kann möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, geben Sie uns bitte nachfolgend Ihre E-Mail-Adresse an. Anderenfalls lassen Sie das Feld bitte frei. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine E-Mails mehr.

Ihre E-Mail-Adresse _____

Ort, Datum

Unterschrift der angemeldeten Person

Ort, Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person

Bitte senden Sie Ihre vollständigen Aufnahmeunterlagen per Post, Fax oder E-Mail an die unten angegebene Adresse. Alternativ nehmen wir Ihre Unterlagen auch gerne persönlich entgegen. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und nur in unserem Haus verarbeitet.