**Anmeldung zur stationären Aufnahme**

**Patientendaten**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname:  Geburtsdatum:  Anschrift:  Kontaktdaten: | E-Mail:       Telefonnummer: |
| Sektor:  Sorgeberechtigte/r:  Telefonnummer:  Vorbehandelnder Arzt: | ja /  nein |
| KJP-Behandlung seit: |  |
| Diagnose/n: |  |
| Aktuelle Medikation: |  |
| Patient kommt freiwillig: | ja /  nein |
| Indikation zur stationären Aufnahme: |  |

**Zuweiser**

|  |  |
| --- | --- |
| Namen:  Anschrift:  E-Mailadresse: | E-Mail:       Faxnummer: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum der Anmeldung | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Stempel / Unterschrift |

Hinweis:

Das Formular bitte elektronisch ausfüllen und mit Vorbefunden zusenden.

per Post an AMEOS Klinikum Hildesheim

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Goslarsche Landstraße 60

31141 Hildesheim

oder

per Fax an 05121-103364 (gesicherter Empfang im CÄ-Sekretariat)