

### Anmeldung für die Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie

- TK01 (Allgemein Kinder- und Jugendpsychiatrie)  
 TK02 (Psychosomatik)

#### Patientendaten

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  m  w  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Versicherung:  gesetzlich  privat

#### Kontaktdaten

Kindsmutter (Name, Vorname)

Festnetz: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

Kindsvater (Name, Vorname)

Festnetz: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

#### Personensorge

- beide Eltern  verheiratet  
 getrennt lebend

- nur Mutter  
 nur Vater

Vormund, Name: \_\_\_\_\_ Tel./Handy: \_\_\_\_\_

#### Diagnosen (ICD-10: ...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

relevante somatische Diagnosen:

\_\_\_\_\_

#### Aktuelle Medikation (Psychopharmaka als auch somatische Medikation mit Dosierung)

Name / Dosisstärke / Tbl.,Kps.,Spray / Dosierungsschema

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Somatische Diagnostik

Letztes EKG  nein  
 ja, zuletzt am \_\_\_\_\_ / Termin aktuell \_\_\_\_\_  
Letztes Labor  nein  
 ja, zuletzt am \_\_\_\_\_ / Termin aktuell \_\_\_\_\_  
EEG  nein  
 ja

Ausstehende somatische Diagnostik (z. B. Körperlich-neurologische Untersuchung, notwendige Kontrolluntersuchungen komorbider somatischer Krankheitsbilder)

nein  ja

**Jugendhilfeinstallation / Eingliederungshilfen nach § 35a KJHG**

nein  
 ja  vorhanden  zu planen

**Schule**

Schulname: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Integrationshelfer

nein  
 ja

**Erstbrief/aktueller Brief**

Bericht mit Anamnese (Eigen- und Familienanamnese) und Vorgeschichte

vorhanden  folgt noch

Wenn vorhanden zusätzlich einen aktuellen Brief

vorhanden  folgt noch

Vorbefunde (IQ-Deckblatt, andere testpsychologische Befunde)

vorhanden  folgen noch

**Ziele der Behandlung**

- Diagnostik
- Psychotherapie
- konkrete therapeutische Ziele
- Überprüfung der Medikamentenwirksamkeit
- Einschaltung Sozialdienst
- Einleitung von Erziehungshilfen (ambulant, teilstationär, vollstationär)
- schulische/berufliche Perspektive klären
- Sonstige Aufträge
- Teilstationäre Übernahme aus stationärer Behandlung aus der KJP Aachen  
Frühester erwünschter Übernahmetermin: \_\_\_\_\_

Anmeldung durch \_\_\_\_\_

Kinder- und Jugendpsychiater  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Stempel \_\_\_\_\_

am (Datum) \_\_\_\_\_

Ist Ihrerseits ein telefonisches Vorgespräch mit uns gewünscht?  ja  nein

Tel.-Nr. für Rückfragen unsererseits: \_\_\_\_\_

Zeitfenster für telefonische Rückfragen: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_