

**Anmeldung für die Institutsambulanz (ambulante Vorstellung)
der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie am St. Marien-Hospital Düren-Birkesdorf
für Kinder- und Jugendärzte und Allgemeinmediziner**

Abteilung für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie
Hospitalstraße 44
52353 Düren

E-Mail: iakjp.birkesdorf@ct-west.de
Telefon: 02421 805-6712
Telefax: 02421 805-6709

Patientendaten:

Vor- und Nachname: _____

Geschlecht: m w d Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenversicherung: gesetzliche Krankenkasse private Krankenversicherung

Kontaktdaten:

Mutter Festnetz: _____ Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Vater Festnetz: _____ Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Personensorge

beide Eltern
 verheiratet getrennt lebend

nur Mutter nur Vater

Vormund: Name: _____ Tel./Handy: _____
E-Mail: _____

Vorstellungsanlass:

Relevantes aus der Vorgeschichte und aktuelle Symptomatik:

(Dauer-) Medikation: _____

Dringlichkeit: niedrig mittel hoch

Anmeldung am _____ **durch (Name:)** _____ **(Vorname:)** _____

Praxis _____ (Praxisstempel)

Tel.-Nr. für Rückfragen _____

Die Eltern (Personensorgeberechtigten) sind über die Anmeldung informiert und wissen, dass sie sich telefonisch zwecks Terminvereinbarung unter 02421/805-6712 melden müssen.