**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)