



Bitte füllen Sie das folgende Formular sorgfältig aus, um eine effiziente Koordination der Patientenversorgung zu ermöglichen.

1. Arztinformation:

Name des Kinderarztes: _____
Praxisadresse: _____
Telefonnummer (für Notfallanmeldungen): _____
Faxnummer: _____
E-Mail-Adresse: _____

2. Patienteninformationen:

Name des Patienten: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: (Eltern/Erziehungsberechtigte): _____
Sorgerecht: _____
Krankenversicherung: _____

3. Dringlichkeitsstufe:

- Notfall Suizidalität: Sofortige Behandlung (**Bitte telefonisch anmelden!**)
- Notfall Psychotische Symptome: Sofortige Behandlung (**Bitte telefonisch anmelden!**)
- Notfall Kindeswohlgefährdung: Sofortige Behandlung (**Bitte telefonisch anmelden!**)
- Bedingt wartefähig (Bitte entsprechendes ankreuzen):
- Schulabsentismus
 - Essstörung (Angabe von Körpermaßen und BMI erforderlich)
- Planbar: Behandlung kann zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

4. Kriterien für eine Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz (Bayern):

Diagnose einer psychischen Störung: Bitte fügen Sie die Diagnose und relevante Befunde bei.

Vorherige ambulante Behandlung: Bisherige Therapieversuche und Ergebnisse.

Therapieempfehlung: Kurze Angaben zur empfohlenen Therapie und Dauer.

5. Weitere Informationen: (Bitte entsprechendes ankreuzen):

Besondere Anmerkungen oder Wünsche: Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie spezifische Anforderungen oder Erwartungen an die Behandlung haben.

Angaben zu Schulabsentismus: Details zu den Gründen für Schulabsentismus.

Angaben zu Essstörungen: Körpermaße und BMI angeben.

6. Unterlagen beifügen:

Überweisungsschein in Original

Voruntersuchungsergebnisse (Bisherige medizinische Befunde und Untersuchungsergebnisse)

Entwicklungsberichte (Falls vorhanden, bitte relevante Entwicklungsberichte beifügen)

Hinweise:

Für Notfallanmeldungen: Bitte melden Sie sich telefonisch unter der angegebenen Notfallnummer (06021-323845)

Für schriftliche Anmeldungen unsere Kontaktdaten:

Institutsambulanz
der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Am Hasenkopf 1
63739 Aschaffenburg

Tel.: 06021-323845

Fax: 06021-323899

E-Mail: Kjp.zentrale-aufnahme@klinikum-ab-alz.de

Vielen Dank für Ihre Anmeldung und Kooperation!

Wir sind bestrebt, die bestmögliche Unterstützung für Ihre Patienten sicherzustellen. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.



Seite 4 ist nur zum Ausfüllen der KJP intern!

Anfrage eingegangen am:

Vorgelegt am: _____

Empfehlungen: _____

Vorstellung heute (Übergabe an Krisenslot erfolgt)

Regulärer Termin in der KJP-Ambulanz geplant für

Externe Anbindung z.B. bei niedergelassenen Kollegen

Vermittlungscode für Psychotherapie für die Terminverwaltung
(Vermittlungscode durch Kinderarzt

_____)

Rückmeldung an Eltern erfolgt am _____

Rückmeldung an Kinderarzt erfolgt am (per E-Mail/Fax)
