

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie beauftragen uns mit einer Diagnostik.
Vielen Dank!

Zur Erstellung einer Anmeldung benötigen wir die Angaben auf diesem
Formular. Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten und zeitauf-
wändige Rückfragen zu vermeiden, bitten wir Sie, die erfragten Angaben
vollständig an uns weiterzugeben, sofern sie Ihnen vorliegen. Diese
senden Sie uns bitte entweder per Fax, E-Mail oder Post zurück.

Wir setzen uns dann mit Ihnen per E-Mail oder telefonisch in Verbin-
dung. Informationen über unsere KinderschutzAmbulanz finden Sie
auch im Internet unter <https://www.evk-duesseldorf.de/geburt-und-kindernetzwerk/kinderschutzambulanz/wir-ueber-uns.html>

**Ausschließlich für Jugendämter gilt, dass wir neben diesem An-
meldebogen eine schriftliche Kostenzusage benötigen.**

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!

Für das Team der KinderschutzAmbulanz



Dr. med. Gabriele Komesker
Ärztin für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -psychotherapie
Analyt. Paar- und Familientherapeutin

Diagnostikauftrag

Wer meldet an:					
Name:		Vorname		Email:	
Institution:		Telefon:			
Bei wem soll die Diagnostik durchgeführt werden?					
	Name	Vorname	♂ ♀	Geburtsdatum	Adresse
1					
2					
3					
4					
5					

Ärztliche KinderschutzAmbulanz

Leiterin
Dr. med. Gabriele Komesker

Kronenstraße 38
40217 Düsseldorf

Koordination: Claudia Jäkel
Telefon 02 11 / 4160 561-0
Telefax 02 11 / 4160 561-14
E-Mail ksa@evk-duesseldorf.de
Internet www.evk-duesseldorf.de

Angaben über die Eltern und Sorgeberechtigten			
	Mutter	Vater	Vormund bzw. Ergänzungspfleger/in
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Adresse			
	Mutter	Vater	Vormund bzw. Ergänzungspfleger/in
Träger	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Telefon (mobil)			
E-Mail-Adresse			
Sorgerecht			

Weitere Geschwister/Halbgewwister/Stiefgeschwister, die nicht zur Diagnostik angemeldet sind			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse

Wohngruppen/Familienhilfen, Verfahrensbeistand, Pflegekinderdienst etc.			
Name	Telefonnummer	E-Mail-Adresse	Adresse

--	--	--	--

Sonstige enge Bezugspersonen (Großeltern, Stiefeltern etc.)			
Name	Telefonnummer	E-Mail-Adresse	Adresse

Anmeldegrund/Fragestellungen:

