EVANGELISCHES KRANKENHAUS DÜSSELDORF

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Ärztliche Kinderschutzambulanz

Leiterin
Dr. med. Gabriele Komesker

Kronenstraße 38
40217 Düsseldorf

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

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 zeitaufwändige 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, oder Post zurück.
Wir setzen uns dann mit Ihnen in Verbindung. 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 Anmeldebogen eine schriftliche Kostenzusage benötigen.

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!

Für das Team der Kinderschutzambulanz

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

Diagnostikauftrag

Checkliste für anmeldende Jugendämter:
- Muss vor der Diagnostik für Schutz des Kindes / Jugendlichen gesorgt werden - auch, damit es / er frei entscheiden kann, ob es / er Schwieriges erzählt? (z. B. Inobhutnahme, (vorübergehender) Auszug eines Elternteils, Begleiteter Umgang, Umgangsaussetzung, Ergänzungspflegschaft)
- Sind die Fragen an die KSA im Rahmen einer kindzentrierten Diagnostik klärbar? Welche Maßnahmen sind ergänzend oder alternativ zielführend?
- Ein inhaltlicher Austausch mit den Personensorgeberechtigten über den zentralen Auftrag an die KSA ist vor den Erstgesprächen erforderlich.
- Eine schriftliche Kostenzusage muss mit der Anmeldung vorliegen.

Wer meldet an:

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

Angaben über die Eltern und Sorgeberechtigten

	Mutter	**Vater**	**Vormund bzw. Ergänzungspfleger/in**
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
Adresse			
Telefon (mobil)			
E-Mail-Adresse			
Sorgerecht			
Dolmetscher benötigt?			

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

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

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

Zentraler Anmeldegrund/ Zentrale Fragestellung: