EVANGELISCHES KRANKENHAUS DÜSSELDORF

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

EVK, Kindertagesklinik für Psychosomatik, Postfach 10 22 54, 40013 Düsseldorf

Klinik für Kinder und Jugendliche

Kindertagesklinik für Psychosomatik

Ärztliche Leiterin
Dr. Irina Stöcklin

Fürstenwall 91
40217 Düsseldorf

Sekretariat: Lucia Friske
Telefon 02 11 / 9 19 – 37 22
Telefax 02 11 / 9 19 – 39 76
E-Mail tk@evk-duesseldorf.de
Internet www.evk-duesseldorf.de

Anmeldebogen Kindertagesklinik

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben eine Vorstellung Ihres Kindes in der Ambulanz der Kindertagesklinik für Psychosomatik erbeten.
Zur Planung benötigen wir von Ihnen Angaben auf diesen Formularen. Bitte senden Sie diese per Post oder Fax an die obenstehende Adresse zurück.
Unsere Terminvergabe erfolgt nach Sichtung der Unterlagen.

Bei einer ambulanten Vorstellung Ihres Kindes in der Kindertagesklinik ist ein gemeinsames Gespräch mit mindestens einem sorgeberechtigten Elternteil erforderlich.

Wir bitten Sie, die übersandten Erklärungen (Einverständnis mit der Behandlung, Schweigepflichtentbindung) bei Einwilligung von beiden sorgeberechtigten Eltern und dem Kind (Alter > 13 Jahre) unterschreiben zu lassen.
Bei dem Formular Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist es wichtig, die Namen der relevanten Ärzte, Psychotherapeuten, ggf. Jugendamtsmitarbeiter oder Lehrer anzugeben.

Wir arbeiten ausschließlich auf ärztliche Überweisung eines Facharztes für Kinder-/ Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, bzw. Kinder-/Jugendmedizin oder im Auftrag der Privaten Krankenversicherung.
Falls zu dem vereinbarten Termin die Überweisung nicht vorhanden ist, müssen wir den Termin auf einen späteren Zeitpunkt verlegen. Die Versichertenkarte Ihres Kindes legen Sie bitte bei jedem Termin vor.

Informationen über den Datenschutz bei der Erhebung personenbezogener Daten und zu unserem Kindernetzwerk finden Sie auch im Internet unter **www.evk-duesseldorf.de**.

Mit Dank für Ihre Kooperation und freundlichen Grüßen

Ihr Ambulanz-Team der Kindertagesklinik

Pat.-Name, Vorname: **geb.:**

Namen der Eltern: Mutter Vater

wohnhaft:

Telefon:

Aktuelle Behandlung:
Behandelnder Kinderpsychiater und/oder Psychotherapeut sowie Kinder- und Jugendarzt/Hausarzt:

Aktuelle Größe / Körpergewicht:

Welche relevanten körperlichen Krankheiten bestehen oder bestanden?

Medikamente:

Vorbehandlung:
War das Kind bereits in kinder-/jugendpsychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, geben Sie bitte an:

Seit wann: Wo:

Psychiatrische/ Psychosomatische Klinikaufenthalte:
Wann: Wo:

Folgende Tests / Untersuchungen wurden bereits durchgeführt:
Wann: Wo:

Familie:
Sorgerecht beide Eltern ☐ Sorgerecht Mutter alleine ☐ Sorgerecht Vater alleine ☐

Andere? Sorgerecht hat:

Das Kind lebt bei: Eltern ☐ Mutter leiblich ☐ Vater leiblich ☐

Andere?

Trennung / Scheidung ☐ nein Trennung seit Scheidung seit

Geschwister (Name, Alter):

Schwangerschaft und Geburt (Diese Informationen finden Sie im gelben Untersuchungsheft):

Schwangerschaftskomplikationen ☐ ja, nämlich

☐ nein

Geburt in Schwangerschaftswoche: Gewicht: Länge:

Gab es Entwicklungsauffälligkeiten? Motorik? Sprache? Sauberkeit?

☐ ja, nämlich

☐ nein

Kindergarten und Schule

Kindergartenbesuch ☐ nein ☐ ja Auffälligkeiten?

Schulbesuch seit Klasse: Auffälligkeiten?

Schulbesuch regelmäßig ja ☐ Fehlzeiten ja ☐ Anzahl Fehlstunden:

Kein Schulbesuch mehr seit:

Schulform: Klasse: Leistung: gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐

Grund zur Vorstellung?
Welche Hauptsorgen haben Sie als Eltern bei Ihrem Kind? Was sind die aktuellen Symptome?

EVANGELISCHES KRANKENHAUS DÜSSELDORF

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Klinik für Kinder und Jugendliche

Kindertagesklinik für Psychosomatik

Ärztliche Leiterin
Dr. Irina Stöcklin

Fürstenwall 91
40217 Düsseldorf

Sekretariat: Lucia Friske
Telefon 02 11 / 9 19 – 37 22
Telefax 02 11 / 9 19 – 39 76
E-Mail tk@evk-duesseldorf.de
Internet www.evk-duesseldorf.de

Zur Vorlage bei
Arzt / Ärztin
Therapeut / Therapeutin

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die Eltern der Patientin / des Patienten _____ möchten ihr Kind in der Ambulanz der Kindertagesklinik vorstellen und werden Sie um eine entsprechende Überweisung bitten.

Für eine bessere Einschätzung und Abstimmung mit Ihrem Überweisungsauftrag erbitten wir nachfolgende Auskünfte.

Für Ihre Kooperation bedanken wir uns im Voraus und verbleiben mit freundlichen Grüßen.

Ihr Ambulanz-Team der Kindertagesklinik

Auftrag / Diagnose des Überweisers:

Welche relevanten körperlichen Krankheiten und / oder psychischen Erkrankungen bestehen oder bestanden?

Medikation:

Aktuelle Größe / Körpergewicht (soweit vorhanden):

Um telefonische Rücksprache wird gebeten	☐ ja	☐ nein
Schweigepflichtsentbindung liegt beim Überweiser vor	☐ ja	☐ nein

Praxisstempel