Anmeldebogen

Für KJP-Fachärztin/-arzt und KJ-Psychotherapeut/-in

St. Joseph Krankenhaus
Berlin Tempelhof

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Datum, Praxisstempel, Unterschrift, Kontakt

.....

.....

.....

.....

.....

Josephinchen
Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit

Patient:in : .....

Geboren am: ..... Sorgerecht: .....

Wohnhaft: .....

.....

Tel/E-Mail: .....

1 Gewünschtes Behandlungssetting:

☐ ambulant ☐ teilstationär ☐ vollstationär

2 Abstimmung zur amb. kinder-/jugendpsychiatr. Behandlung

☐ Ich wünsche eine zeitnahe PIA Behandlung (ab .....)

☐ Ich wünsche **keine** PIA Behandlung

3 Diagnosen nach ICD-MAS

Achse I .....

Achse II .....

Achse III .....

Achse IV .....

Achse V .....

4 Behandlungsauftrag an unsere Klinik

.....

.....

.....

5 Bisherige therapeutische/medikamentöse Behandlung

.....

.....

.....

6 Schweigepflichtsentbindung durch die Sorgeberechtigten und Vorbefunde bitte als Anlage

Klinik für seelische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Chefärztin/-arzt
Dipl. med. Sylvia Sroka
Dr. Jakob Florack

Ambulanzleitung
Clemens Povel

Fax 030 7882-2353
sgkj.pia-ts@sjk.de
Tel 030 7882-2354

Wüsthoffstraße 15
12101 Berlin

sjk.de

3.0 | UKM SJK 2023