

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



Datum, Praxisstempel, Unterschrift, Kontakt

Form area for date, stamp, signature, and contact information, consisting of several horizontal lines.



Josephinchen

Zentrum für Kinder-
und Jugendgesundheit

Patient:in : _____
Geboren am: _____ Sorgerecht: _____
Wohnhaft: _____
Tel/E-Mail: _____

Klinik für seelische
Gesundheit im Kindes-
und Jugendalter

Chefarzt
Dr. Jakob Florack

Ambulanzleitung
Clemens Povel

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

Wüsthoffstraße 15 12101
Berlin

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

Form area for treatment order, consisting of several horizontal lines.

5 Bisherige therapeutische/medikamentöse Behandlung

Form area for previous treatment, consisting of several horizontal lines.

6 Schweigepflichtsentbindung durch die Sorgeberechtigten und Vorbefunde bitte als Anlage

