

Anmeldebogen - Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Alle Informationen, die Sie uns mitteilen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Nachname: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Geschlecht: männlich / weiblich / divers

Kind lebt bei: beiden Eltern / Mutter / Vater / _____
(Pflegefamilie, Wohngruppe etc.)

Kontaktdaten (bitte Hinweis, mit wem als erstes Kontakt aufgenommen wird)

	Mutter	Vater	Pflegefamilie, WG o.ä.
Name			
Straße Hausnr.			
PLZ Ort			
Telefon Festnetz			
Telefon Mobil			
E-Mail			
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein

Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht müssen beide Eltern der Untersuchung und Behandlung schriftlich zustimmen! (siehe gesondertes Formular)

Überweisender Kinder-/Hausarzt: _____

Krankenversicherung: _____ gesetzlich / privat

Krankenkassennummer: _____

Versicherten-Nr.: _____ Hauptversicherter: _____ geb. am: _____

1. Grund der Vorstellung

Problematik / Symptomatik / Vordiagnosen:

Dauer der Problematik (schleichender oder plötzlicher Beginn, ggf. auslösende Ereignisse):

Bisherige Behandlungen und Hilfen:

Bisherige Medikation:

(Geben Sie alle Behandlungen in Kinderkliniken, SPZ, Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, niedergelassene Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Praxen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Beratungsstellen, Jugendamt, Jugendhilfeleistungen etc. an; bitte ggf. Beiblatt ausfüllen)

Wer hat Ihnen zur Anfrage bei uns geraten?

2. Aktuelle Lage

Schulbesuch: Das Kind besucht die Grundschule / Haupt-/Werkrealschule / Realschule
 Gymnasium / Gemeinschaftsschule / SBBZ Lernen / SBBZ Emotionale u. Soziale Entwicklung
 Waldorfschule / Andere Schulart: _____

Name der Schule: _____ Klasse: _____

Gibt es Probleme in der Schule oder schulische Fehlzeiten? Seit wann und in welchem Umfang?

Konsumverhalten: Beschreiben Sie den Medienkonsum Ihres Kindes:

(Welche Geräte: Handy, PC, Tablett, Konsole etc.? Welche Aktivitäten: Spiele, Serien schauen etc.?)

Raucht Ihr Kind? _____ Trinkt Ihr Kind Alkohol? Wenn ja, wie oft? _____

Konsumiert Ihr Kind illegale Drogen? _____

Soziale Integration: Hat Ihr Kind Freundschaften und außerschulische Kontakte? Besucht es Vereine?

Körperliche Beschwerden / chronische Erkrankungen?

Selbstverletzendes/selbstschädigendes Verhalten? Seit wann und in welchem Umfang?

Äußert Ihr Kind *Suizidgedanken*? Gab es in der Vorgeschichte Suizidversuche?

3. Erwartungen / Therapieziele / Behandlungsauftrag

Bitte benennen Sie die gewünschten Therapieziele und den Behandlungsauftrag an uns:

Sie wünschen ambulante Diagnostik* / tagesklinische Behandlung / stationäre Behandlung
* Evtl. längere Wartezeiten – siehe Homepage

Bitte bringen Sie alle Berichte und Unterlagen über frühere Behandlungen **in Kopie** zum Ersttermin mit.

Ausgefüllt von: _____ Datum: _____

Vielen Dank für Ihre Angaben! Anmeldebogen bitte senden an:

Klinikum Stuttgart
KJP-PIA
Gutenbergstraße 21
70176 Stuttgart

Email:
pia-kjp@klinikum-stuttgart.de

Fax:
0711 – 278 - 72489