

Anmeldung für eine stationäre Behandlung

Per Post an

Helios Klinikum Schleswig
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und -psychotherapie
 Friedrich-Ebert-Str. 5a
 24837 Schleswig

Bei Rückfragen: (04621) 83-1606

Per Mail an

Institutsambulanz-kjp.schleswig@helios-gesundheit.de

Per Fax an

(04621) 83-4946

Anmelder/-in	
Kontaktdaten: (ggf. Praxisstempel, Telefonnummer)	Datum:

Patientendaten (ggf. kann hier ein Code vermerkt werden und die Klardaten dann z.B. telefonisch übermittelt werden)	
Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	Mobil:
<input type="checkbox"/> Pflichtversorgungsgebiet der Klinik (Kreise Dithmarschen, Flensburg, Neumünster, Schleswig-Flensburg, Plön, Rendsburg-Eckernförde, Bad Segeberg, Nordfriesland)	

Behandlungsanliegen	
<input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Therapie <input type="checkbox"/> Stabilisierung	Diagnosen _____ (ICD 10: F ____) <input type="checkbox"/> GD <input type="checkbox"/> V.a. _____ (ICD 10: F ____) <input type="checkbox"/> GD <input type="checkbox"/> V.a. _____ (ICD 10: F ____) <input type="checkbox"/> GD <input type="checkbox"/> V.a.
Eine stationäre Behandlung ist notwendig, weil	
<input type="checkbox"/> Patient und Sorgeberechtigte sind mit einer stationären Behandlung einverstanden	
<input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten <input type="checkbox"/> Suchtproblematik spielt eine Rolle <input type="checkbox"/> Patient ist geistig behindert/deutlich lernbehindert	
(für die Zuweisung zur geeigneten Jugendlichenstation – ab 14 Jahren – erforderliche Angaben)	
Ggf. weitere Bemerkungen:	

Rückmeldung und weiteres Prozedere
<input type="checkbox"/> Bitte um Rücksprache (Tel.: _____), günstige Zeit für Rückruf _____ <input type="checkbox"/> Bitte Kontaktaufnahme mit der Familie direkt unter obiger Telefonnummer <input type="checkbox"/> Brief folgt

Bitte beachten Sie: Eine Aufnahme erfolgt nur bei Vorliegen einer Einweisung!