



**Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie - Institutsambulanz**

Anmeldung Warteliste

**FAX** 030 – 5472 299 598

**MAIL** kjp-ambulanz@keh-berlin.de

o tagesstationär mit Schwerpunkt

- o allgemeipsychiatrisch
- o Autismusdiagnostik
- o Multi-Familien-Therapie
- o DBT-A
- o Gaming-Disorder
- o Intelligenzmind. Jugendliche (Vorgespräch nötig)

o vollstationär mit Schwerpunkt

- o allgemeipsychiatrisch
- o Psychosomatik

o therapeutische Tagesgruppe / Eltern-Kind-Behandlung TAN.go für 4-8jährige Kinder (Vorgespräch nötig)

Name, Vorname Geburtsdatum	
Wohnadresse	
Telefonnummer	
Sorgerecht	o KE o KM o KV o Vormund o sonstige Regelung: Zum Aufnahmegespräch einer geplanten stationären oder tagesklinischen Behandlung muss die Unterschrift aller Sorgeberechtigten vorliegen.

<b>Behandlungs- auftrag/ Diagnosen</b> (Symptomatik)	
---	--

aktuelle Beschulung/ Ausbildung	
---------------------------------------	--

Bisherige Diagnostik	<b>Wir bitten um Zusendung vorliegender diagnostischer Befunde zu körperlichen Untersuchungen und zur Psychodiagnostik.</b>
Bisherige Therapien	o Psychotherapie o teil- oder vollstationäre Behandlung o Ergotherapie o Logopädie o andere:
Aktuelle/ bisherige Medikation	
Bisherige Jugendamtshilfen	o Familienhilfe o Einzelfallhilfe o soziale Gruppe o Tagesgruppe o Schulprojekt o Fremdunterbringung o sonstige: o aktuelle Hilfe:

Anmelder/in (behandelnde/r KJP)	
---------------------------------------	--



**Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie - Institutsambulanz**

Anmeldung Warteliste

**FAX** 030 – 5472 299 598

**MAIL** kjp-ambulanz@keh-berlin.de

**Schweigepflichtsentbindung**

Name des Kindes/Jugendlichen:

geb.:

whf.:

Hiermit entbinde ich die behandelnde Ärztin/Therapeutin

---

von der Schweigepflicht gegenüber den Therapeuten und den Mitarbeitern des Sozialdienstes der Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Ev. KH Königin Elisabeth Herzberge zum Zwecke der Klärung der weiteren Therapie.

Weitergegeben werden dürfen gegenseitig anamnestische Angaben zum Kind/Jugendlichen und dessen Familie, zum aktuellen Verlauf sowie medizinische und psychologische Befunde.

Diese Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte