



Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Evangelisches Krankenhaus Königin-Elisabeth Herzberge gGmbH, Herzbergstraße 79, 10365 Berlin

Abteilung Psychiatrie,  
Psychosomatik und  
Psychotherapie des Kindes-  
und Jugendalters

Chefärztin: Dr. R. May

**Institutsambulanz**

Bearbeiter:

Tel.: 030/5472-3815

Fax: 030/5472-299598

Berlin, \_\_\_\_\_

## Anmeldung Erstgespräch

Liebe Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

Sie möchten Ihr Kind zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und / oder Behandlung in unserer Klinik anmelden. Gespräche in unserer Ambulanz werden in deutscher Sprache geführt. Sollten Sie keine ausreichenden Sprachkenntnisse in der deutschen Sprache haben, bitten wir Sie selbständig einen Dolmetscher zu organisieren. Dies gilt sowohl für das Erstgespräch als auch für alle Folgetermine. Eine Dolmetschertätigkeit durch den Patienten selbst oder andere Minderjährige ist nicht möglich.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihr Kind nicht bei einem anderen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikambulanz (PIA) oder einem sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) in Behandlung sein darf. Bei Fragen/ Anliegen des erstbehandelnden Kinder- und Jugendpsychiaters bzw. SPZ ist eine einmalige Vorstellung (sogen. Zweitmeinungstermin) möglich.

Eine geplante Vorstellung setzt die Zustimmung aller Sorgeberechtigten (Eltern oder Vormund) voraus und muss zum 1.Termin vorliegen. Eine Beispielvorgabe einer Behandlungseinwilligung können Sie auf unserer Internetseite finden (<https://www.keh-berlin.de/de/ambulanz-pia>).

## **Anmeldung**

Name des Kindes:

Vorname des Kindes:

geb./ Alter:

Name und Ort der Krankenkasse:

Wohnanschrift Kind:

Hauptmeldeadresse Kind:

---

Name und Anschrift Vater:

Telefonnummer Vater:

E-Mailadresse Vater:

---

Name und Anschrift Mutter:

Telefonnummer Mutter:

E-Mailadresse Mutter:

---

---

Kita / Schulart:

Klasse:

Förderstatus?:

Schulbesuchsjahr:

---

Sorgerecht:  Vater  Mutter

Vormund Name:

Jugendamt:

Ergänzungspfleger (Name:

Jugendamt:

für folgende Teile des Sorgerechts:

---

Anmelder / Verhältnis zum Patienten:

Über wen wurde der Kontakt veranlasst?

---

Welche Probleme hat Ihr Kind?

Beim wem ist Ihr Kind aktuell in Behandlung? Name Arzt / Therapeut:

Wann haben Sie dort einen nächsten Termin?:

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  nein  ja, folgende:

---

### **Ihre Erwartungen an uns?** (Mehrfachnennung möglich)

- ambulante Beratung  Diagnostik  Wunsch nach stationärer oder tagesklinischer Behandlung
- Wunsch nach Behandlung in der therapeutischen Tagesgruppe (Eltern-Kind-Therapie) TAN.go

### **Diagnostik** und/oder **Beratung** und/oder **Behandlung** in unseren **Spezialsprechstunden**, weil:

- bei ihrem Kind der Verdacht auf ein fetales Alkoholsyndrom (FAS) besteht oder die Diagnose bereits bekannt ist. Sie wünschen eine Abklärung oder Beratung.
- bei ihrem Kind der Verdacht auf eine Tic-Störung besteht oder die Diagnose bereits bekannt ist. Sie wünschen eine Abklärung oder Beratung.
- bei ihrem Kind der Verdacht auf eine Essstörung oder psychosomatische Erkrankung besteht oder die Diagnose bereits bekannt ist. Sie wünschen eine Abklärung, Beratung bzw. Behandlung.
- bei ihrem Kind der Verdacht auf eine Intelligenzminderung (früher: Geistige Behinderung) besteht oder die Diagnose bereits bekannt ist. Es bestehen zusätzliche psychische Probleme oder Verhaltensprobleme. Sie wünschen eine Abklärung, Beratung bzw. Behandlung.

---

Wir benötigen zum Erstgespräch folgende **Unterlagen**:

- Krankenkassenkarte, Impfausweis im Original (nur zur Draufsicht)
- Kopien vom gelben Untersuchungsheft, Vorbefunde
- Zeugnisse, Einschätzung aus Schule / Kita
- eine Vollmacht von nicht anwesenden Sorgeberechtigten speziell für die Vorstellung bei uns ([https://www.keh-berlin.de/assets/files/Behandlungseinwilligung\\_PIA.pdf](https://www.keh-berlin.de/assets/files/Behandlungseinwilligung_PIA.pdf))
- ausgefüllter Anamnesebogen (<https://www.keh-berlin.de/assets/files/Anamnesebogen.pdf>)
- Foto Kleinkindalter ohne Lächeln bei Vorstellung zur Diagnostik FAS
- Überweisungsschein bei Zweitmeinungsterminen mit einer Frage / einem Anliegen des erstbehandelnden Kinder- und Jugendpsychiaters bzw. SPZs

Wir danken für Ihr Vertrauen und werden schnellstmöglich mit Ihnen Kontakt aufnehmen und einen Termin zur Verfügung stellen. Senden Sie den Bogen (Seite 1-2) dafür an: [kjp-ambulanz@keh-berlin.de](mailto:kjp-ambulanz@keh-berlin.de) oder per Fax an 5472299598 oder per Post an PIA Kinder/Jugendliche KEH Haus 19, Herzbergstr. 79 in 10365 Berlin.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr Team der Ambulanz