



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.

Eine geplante Vorstellung in unserer Ambulanz setzt die Zustimmung aller Sorgeberechtigten (Eltern oder Vormund) voraus und muss zum 1. Termin vorliegen. Eine Beispielvorgabe 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<sup>1</sup>  Diagnostik<sup>1</sup>
- Wunsch nach stationärer oder tagesklinischer Behandlung<sup>1, 2</sup>
- Wunsch nach Behandlung in der Psychosomatik  Wunsch nach Behandlung im TAN.go-Projekt<sup>2</sup>

**Diagnostik** und/oder **Beratung** und/oder **Behandlung** in folgender **Spezialsprechstunde**:

- Sprechstunde für Kinder und Jugendliche mit (Verdacht auf ein) fetales Alkoholsyndrom (FAS)<sup>2</sup>
- Sprechstunde für Kinder und Jugendliche mit (Verdacht auf eine) Tic-Störung<sup>2</sup>
- Sprechstunde für Kinder und Jugendliche mit (Verdacht auf eine) psychosomatischer Erkrankung oder Essstörung<sup>2</sup>
- Sprechstunde für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung oder Verhaltensstörung<sup>1</sup>

<sup>1</sup> In der Regel nur für Patienten möglich, welche in den Bezirken Marzahn-Hellersdorf oder Lichtenberg-Hohenschönhausen gemeldet sind.

<sup>2</sup> Eine Vorstellung als einmaliger Termin (Zweitmeinungstermin) ist auch möglich, wenn Ihr Kind sich bereits in Behandlung bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, einem SPZ oder einer anderen Psychiatrischen Institutsambulanz befindet.

---

---

Wir benötigen zum Erstgespräch folgende **Unterlagen**:

- Krankenkassenkarte, 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

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: [s.schindler@keh-berlin.de](mailto:s.schindler@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