



**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**
Herzbergstraße 79
10365 Berlin

Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
kjp-ambulanz@keh-berlin.de
T 030/5472-3815
F 030/5472-299598
www.keh-berlin.de

Anmeldung Erstgespräch

Liebe Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

Sie möchten Ihr Kind zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und/ oder Behandlung in unserer Klinik anmelden.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihr Kind **nicht** bei uns angemeldet werden kann, wenn es aktuell bei einem anderen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikambulanz (PIA) oder einem sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) in Behandlung ist.

Bei Fragen/ Anliegen des erstbehandelnden Kinder- und Jugendpsychiaters bzw. SPZ ist eine einmalige Vorstellung (ein sogenannter Zweitmeinungstermin) nur in Absprache mit dem/der ErstbehandlerIn 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>).

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 danken für Ihr Vertrauen und werden schnellstmöglich mit Ihnen Kontakt aufnehmen sowie einen Termin zur Verfügung stellen. Senden Sie den Bogen dafür an: kjp-ambulanz@keh-berlin.de oder per Fax an 030/5472299598 oder per Post an PIA Kinder/Jugendliche KEH Haus 19, Herzbergstr. 79 in 10365 Berlin.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr Team der Ambulanz

Wir benötigen zum Erstgespräch folgende **Unterlagen**:

- Krankenkassenskarte, 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/fileadmin/Dateien/Downloads/Fachabteilungen/KJP/Behandlungseinwilligung_-_PIAKJ.pdf)
- ausgefüllter Anamnesebogen (https://www.keh-berlin.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Fachabteilungen/KJP/Anamnesebogen_PIA-KJ.pdf)
- Überweisungsschein bei Zweitmeinungsterminen mit einer Frage/ einem Anliegen des erstbehandelnden Kinder- und Jugendpsychiaters bzw. SPZs



Anmeldung in der Ambulanz-KJP am KEH vom (Datum): _____

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 Behandlung
- Wunsch nach tagesklinischer Behandlung
- Wunsch nach Behandlung in der therapeutischen Tagesgruppe (Eltern-Kind-Therapie) TAN.go
- Weiterbehandlung nach kinder- und jugendpsychiatrischem Klinikaufenthalt

Sie wünschen eine **Diagnostik** und/oder **Beratung** und/oder **Behandlung**, weil:

- bei ihrem Kind der Verdacht auf eine **psychische Erkrankung** besteht.
- 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 **Esstörung 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. Ihr Kind hat den Förderstatus ‚geistige Entwicklung‘ bzw. bekommt diesen nach Schuleintritt zuerkannt. Sie wünschen eine Abklärung, Beratung bzw. Behandlung