**Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

**Bitte per Fax: 0931-2508041 oder per Post an: Lindleinstr. 7, 97080 Würzburg**

**Anmeldung zur Aufnahme auf die Warteliste**

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**KJP Praxis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Es **muss** vor Aufnahme ein fachärztlicher (= kinder- und jugendpsychiatrischer/ psychotherapeutischer) ambulanter Kontakt stattgefunden haben.

**Vorbefunde (Arztbrief, testpsychologischen Befunde etc.) bitte zusenden!**

**Nur dann ist eine Aufnahme auf die Warteliste möglich.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Persönliche Daten** | | | |
| Nachname, Name (Kind): | |  | |
| Geburtsdatum (Kind): | |  | |
| Sorgerecht:  (Wichtig: alle Sorgeberechtigte müssen mit der Behandlung einverstanden sein.) | |  | |
| Wohnadresse des Kindes: | |  | |
| Telefonnummer: | |  | |
| Handynummer: | |  | |
| **Einverständnis aller Sorgeberechtigten muss vorliegen!** | | | |
| Aufnahmeanlass/Diagnosen  Konkreter Auftrag an uns | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Besteht Kontakt zum Jugendamt/MSD?** | | | |
| Krankenkasse  Bei **privatversicherten** Patienten: Eltern müssen **vorab** einen Antrag auf Kostenerstattung auch für Fahrtkosten stellen | | |  |