

Campus Kiel

Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie
Klinik für Psychosomatik u. Psychotherapie
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Ambulanzzentrum
Institut für Sexualmedizin und
Forensische Psychiatrie u. Psychotherapie

Campus Lübeck

Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie
Klinik für Psychosomatik u. Psychotherapie
Institutsambulanz

Campus Kiel und Campus Lübeck

Trauma-Ambulanz
Flucht und Migration



www.zip-kiel.de

Ansprechpartner: Stefanie Thielebein
Tel.: 0431 500-98077 **Fax:** 0431 500-98064
E-Mail: stefanie.thielebein@uksh.de

Bitte denken Sie an

- die Überweisung und an die Gesundheitskarte
- medizinische Befunde
- Wenn möglich aktuelles Labor und EKG
- aktuelle Medikamentenaufstellung

Aufnahmebogen Flüchtlinge

Allgemeine Daten:

- weiblich
 männlich
 divers

Nachname Aufenthaltsstatus / Seit wann leben Sie in Deutschland?

Vorname Herkunftsland

Geburtsdatum Muttersprache
*Bei unter 18 jährigen wird das Einverständnis der
Sorgerberechtigten/Vormund zur Behandlung
Benötigt, siehe Seite 2.*

Eigene Telefonnummer Sonstige Sprachen

email Deutschkenntnisse, Prüfung, Niveau

Aktuelle Einrichtung/Unterkunft/Adresse

Dolmetscher Telefon

Ansprechpartner/Betreuer/Zuweiser Telefon

Allgemeine Problematik:

Depression	<input type="checkbox"/>	Fremdaggression	<input type="checkbox"/>	Suizidgedanken	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>
		Konzentrationsst.	<input type="checkbox"/>	Schulprobleme	<input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

(Name, Vorname, Geb.datum des Patienten)



Antrag auf Diagnostik und Therapie für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren

Ich beantrage die Diagnostik und Therapie für Kinder und Jugendliche und bin damit einverstanden, dass dieser Vertrag unter Zugrundelegung der für das Universitätsklinikum Kiel geltenden allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) abgeschlossen wird.

Ich willige ein, dass mich betreffende persönliche Daten im Universitätsklinikum Kiel und im Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH im Rahmen der geltenden Datenschutzgesetze elektronisch verarbeitet werden.

Hiermit wurde ich davon in Kenntnis gesetzt, dass ich im Falle einer ambulanten Behandlung für jedes Quartal einen

- Überweisungsschein abzugeben und die
- Krankenversichertenkarte einzulesen habe.

Dieses gilt auch für die Therapie / Trainingsgruppen der Eltern und Kinder.

Soweit der Überweisungsschein für die ambulante Behandlung nicht vorliegt, verpflichte ich mich, diesen innerhalb von 7 Tagen nachzureichen, ansonsten werde ich die Kosten selbst tragen.

Die Unterschriften aller Sorgeberechtigten sind erforderlich!

Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht für o. g. Kind/Jugendlichen habe.

(Vor- und Nachname in Druckbuchstaben)

Datum _____ Unterschrift _____

Weitere/r Sorgeberechtigte/r:

(Vor- und Nachname in Druckbuchstaben)

Datum _____ Unterschrift _____

Waren Sie schon mal im ZIP in Behandlung? ja nein

Geschlechtsspezifische Behandlung gewünscht? Wenn ja, dann m w



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Sitz und Amtsgericht Kiel 501 HRB 6088
Steuernummer: 20 293 88063
USt-ID: DE 814 172 144
Institutionskennzeichen: 260102376 (KI)
260102537 (HL)

Geschäftsführung:
Prof. Dr. Jens Scholz
Corinna Jendges
Annette Nedderhoff

Bankverbindung:
Förde Sparkasse
IBAN:
DE05 2105 0170 0090 0258 67
SWIFT / BIC: NOLA DE 21 KIE

