

Liebe Kolleg*innen,

Sie haben sich für Ihren Patienten, für eine Behandlung im Zentrum für Integrative Psychiatrie am Campus Kiel entschieden. Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns.

Bitte senden Sie uns schnellstmöglich das *Anmeldeformular KJP für Externe Zuweiser* zu, damit wir mit dem Aufnahmeprozess beginnen können, bzw. die mögliche Aufnahme prüfen können.

Zusätzlich benötigen wir für den Patienten den *stationären bzw. teilstationären Anamnesebogen* von den Eltern/ Sorgeberechtigten ausgefüllt und zugesandt.

Bitte senden Sie alle Unterlagen an unser **Belegungsmanagement**. Für Rückfragen stehen wir Ihnen auch gerne telefonisch zur Verfügung unter **Tel.: 0431-500 98550**.

Herzlichen Dank

Ihr Team des Belegungsmanagements

Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH

Belegungsmanagement

Niemannsweg 147

24105 Kiel

E-Mail: belegungsmanagement.zip.kiel@uksh.de

Fax: 0431 500-19998550

Hinweise:

- **Auszufüllen von Kinder- und Jugendpsychiatrier/innen bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeut/ innen.**
- **Aufnahme erfolgt nur bei Vorliegen einer Einweisung.**
- **Bitte händigen Sie eine Kopie des ausgefüllten Anmeldeformulars KJP (Externe Zuweiser) an die Familie/ Sorgeberechtigten aus.**
- **Bitte informieren Sie die Familie/ Sorgeberechtigten, dass das Dokument Anamnesebogen stationäre/ teilstationäre Behandlung zusätzlich ausgefüllt werden muss (auf unserer Homepage unter den Anmeldeunterlagen zu finden).**

1. Einweisender/überweisender Therapeut/Arzt

Name, Vorname: _____

Arzt/Therapeut*in: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

2. Angaben zum Kind/ Jugendlichen

männlich weiblich divers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße : _____

PLZ/Ort: _____

Patient war bereits im Zentrum für Integrative Psychiatrie in Behandlung:

nein ja Wenn ja, wann: _____

Patient: _____ **Geb. Datum:** _____

3. Angaben zu den Eltern/ Sorgeberechtigten

Name, Vorname (Sorgeberechtigte/r): _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname (Sorgeberechtigte/r): _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

4. Behandlungswunsch/ Behandlungsanfrage

Anmeldung für

- Kinderstation (6-13 Jahre)
- Jugendstation (14-17 Jahre)
- Tagesklinik (7-17 Jahre)

Stationärer oder tagesklinischer Behandlungsauftrag:

<input type="checkbox"/> Diagnostik	Diagnosen	
<input type="checkbox"/> Therapie	_____ (ICD 10: F____)	<input type="checkbox"/> GD <input type="checkbox"/> V.a.
<input type="checkbox"/> Stabilisierung	_____ (ICD 10: F____)	<input type="checkbox"/> GD <input type="checkbox"/> V.a.
	_____ (ICD 10: F____)	<input type="checkbox"/> GD <input type="checkbox"/> V.a.

Begründung der stationären / tagesklinischen Behandlungsnotwendigkeit:

Die Behandlung ist dringlich, eine Aufnahme innerhalb von ___ Wochen ist indiziert.

Patient/in und Sorgeberechtigte sind mit einer stationären/tagesklinischen Behandlung einverstanden.

5. Rückmeldung und weiterer Ablauf:

- Bitte um Rücksprache mit der/dem zuständigen Oberärztin/Oberarzt
(Tel: _____/günstige Zeit für telefonische Rücksprache: _____)
- Vorgespräch für Tagesklinik oder Station empfohlen.
- Bitte um Kontaktaufnahme mit der Familie direkt unter obiger Telefonnummer.
- Arztbrief(e) (liegt bei)
- Brief folgt.
- Einweisungsschein (liegt bei)
- Vorbefunde (liegen bei)

Patient: _____ Geb. Datum: _____

6. Anmeldung Arzt/ Therapeut*in

Datum, Unterschrift

7. Erklärung zur Anmeldung (von den Sorgeberechtigten zu unterschreiben)

Ich/ wir bin/ sind damit **einverstanden, dass meine/ unsere Daten im System des Zentrums für integrative Psychiatrie ZIP gGmbH verarbeitet und zum Zweck der Behandlung gespeichert werden dürfen.** Ich/ wir habe/n die entsprechenden **Informationen zu Datenverarbeitung und Datenschutz für Patienten** gelesen, die diesem Schreiben beilag.

Hinweis zum Recht auf Widerruf

Mir/ uns ist bekannt, dass ich/ wir das Einverständnis freiwillig abgebe/n und dieses von mir/ uns jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich teilweise oder insgesamt widerrufen werden kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht berührt.

Datum, Unterschrift