

Campus Kiel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktorin Prof. Dr. Kamila Jauch-Chara

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Direktorin Prof. Dr. Kamila Jauch-Chara

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**
Direktorin Prof. Dr. Dr. Lioba Baving

Ambulanzzentrum
Direktorin Dr. Sibylle Wilms

**Institut für Sexualmedizin und
Forensische Psychiatrie und Psychotherapie**
Direktion
Prof. Dr. Aglaja Stirn
Prof. Dr. Christian Huchzermeier

**Trauma-Ambulanz
Flucht und Migration**



www.zip.uksh.de

Ansprechpartner: Patientenmanagement
Tel.: 0431 500-98471 Fax: 0431 500-574
E-Mail: Patientenmanagement.zip.kiel@uksh.de

Datum:

Unterlagen zur Erstvorstellung

Sehr geehrte Sorgeberechtigte,

Sie möchten für Ihr Kind einen Untersuchungstermin in unserer Kinder- und Jugendambulanz vereinbaren. Anbei erhalten Sie alle notwendigen Unterlagen.

Bitte senden Sie uns die Seiten 3 - 9 **vollständig und möglichst ausführlich ausgefüllt zurück**, damit wir die Unterlagen sichten können. Die Rücksendung kann per Post, Email oder Fax erfolgen.

Nach Eingang der Unterlagen werden diese innerhalb von aktuell 3 Wochen bearbeitet und überprüft, ob diese vollständig sind und eine Anmeldung bei uns möglich ist. Das Patientenmanagement wird sich bei Ihnen telefonisch melden, um einen Termin zu vereinbaren.

Können wir Ihnen nach Sichtung der Unterlagen kein Behandlungsangebot in unserer Ambulanz machen oder sind die Unterlagen unvollständig, erhalten Sie eine Benachrichtigung in schriftlicher Form, mit ihren Unterlagen, an die angegebene Adresse zurückgesandt.

Bitte bringen Sie zu dem Termin folgende weitere Unterlagen mit:

- einen aktuellen Überweisungsschein vom Haus- oder Kinderarzt
- die Versicherungskarte des Kindes / des Jugendlichen
- das gelbe Vorsorgeheft
- alle Schulzeugnisse (ab 1. Klasse) in Kopie
- mögliche Berichte über vorangegangene Behandlungen

Aufgrund unserer langen Warteliste bitten wir Sie, uns umgehend zu informieren, falls Sie den Termin nicht wahrnehmen können oder möchten. Gern auch per Email: terminabsage.zip.kiel@uksh.de



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

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

Geschäftsführung:
Prof. Dr. Dr. h.c. Jens Scholz, CEO
Corinna Jendges, COO
Annette Nedderhoff

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





**Corona-Schutzmaßnahmen am Zentrum für Integrative Psychiatrie
Ambulanzzentrum Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Um in der aktuellen Pandemie alle Menschen im Ambulanzzentrum des ZIP Kiel bestmöglich vor einer Infektion mit dem Corona-Virus zu schützen, machen wir Sie auf folgende Schutzmaßnahmen aufmerksam:

- Bitte gehen Sie vor dem Termin auf die Website des UKSH, um sich über aktuelle Richtlinien zu informieren: www.uksh.de
- In den Gebäuden des ZIP Kiel ist das Tragen einer **Mund-Nase-Bedeckung (chirurgische Maske oder FFP2-Maske)** verpflichtend.
- **Desinfizieren** Sie sich bei Betreten und Verlassen der Gebäude an den bereitgestellten Desinfektionsmittel-Spendern die **Hände**.
- Halten Sie einen Mindestabstand von **1,5 Metern** zu anderen Personen ein.
- Im Falle von **Infektzeichen (die auf eine Corona-Infektion hinweisen) oder Erkältungssymptomen (Fieber, Husten, Heiserkeit, Luftnot, Gliederschmerz, Kopfschmerz, Durchfall, Geruchs-/Geschmacksstörung, Übelkeit/Erbrechen)**, bei Isolation oder angeordneter **Quarantäne** muss der Termin geändert werden. Das heißt:
 - Bei einem Erstvorstellungstermin wenden Sie sich bitte an das Ambulanzsekretariat (0431 500 98471) und besprechen einen neuen Termin.
 - Bei Einzel- oder Gruppentherapien sowie ärztlichen Terminen wenden Sie sich bitte möglichst rasch per Mail oder telefonisch an Ihre Therapeuten – diese prüfen mit Ihnen die Möglichkeit einer Therapiesitzung im Videoformat.



 Zentrum für Integrative Psychiatrie	Schweigepflichtentbindung zur Anforderung und Übermittlung von Befunden	Seite 3 von 15
		Revision: 001/01.2021
Geltungsbereich: ZIP gGmbH Campus Kiel – Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz des Ambulanzentrums		ID: 322091

Name, Vorname, Geburtsdatum Patient*in

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

nach Vorgaben des SGB V §73 Abs.1b¹, wird für eine effektive Behandlung angestrebt, einen möglichst reibungslosen Austausch zwischen den behandelnden Ärzt*innen sowie Institutionen wie Schulen und Kindergärten zu ermöglichen.

Als Sorgeberechtigte/r des oben genannten Kindes/Jugendlichen entbinde ich/entbinden wir die unten aufgeführte Ärzt*innen sowie Institutionen gegenüber den Mitarbeiter*innen der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz des Ambulanzentrums am Zentrum für Integrative Psychiatrie Kiel (ZIP-Kiel gGmbH) von der Schweigepflicht.

- Schule: _____
- Kindergarten: _____
- Behandelnde/r Ärzt*in: _____
- Amt für Familie und Soziales: _____
- Sonstige: _____

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe/n und diese von mir/uns jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden kann.

Kiel, den _____

Unterschrift 1. Elternteil

Kiel, den _____

Unterschrift 2. Elternteil

Kiel, den _____

ggf. Unterschrift gesetzliche Vertretung

Hiermit versichere ich, dass ich allein sorgeberechtigt bin.

Kiel, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

¹ SGB V §73 Abs.1b: Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen; sie sind verpflichtet, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde mit dessen Zustimmung zum Zwecke der bei dem Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. Der Hausarzt ist mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten behandelnden Leistungserbringer zu übermitteln. Bei einem Hausarztwechsel ist der bisherige Hausarzt mit Zustimmung des Versicherten verpflichtet, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten Unterlagen vollständig zu übermitteln

Einwilligungserklärung in Forschung und Lehre

Das Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH (ZIP) und das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein sind bestrebt, seine Patientinnen und Patienten nach den neuesten wissenschaftlichen und medizinischen Kenntnissen und Methoden zu behandeln. Diese Kenntnisse und Methoden können nur durch wissenschaftliche Forschung und Lehre verbessert und weiterentwickelt werden. Hierzu ist die Forschung mit Patientendaten unerlässlich. Es ist zum Beispiel notwendig, neue Behandlungsverfahren mit bereits etablierten Methoden zu vergleichen. Dies ist nur möglich, wenn zu diesem Zweck die medizinischen Daten der Patientinnen und Patienten zum jetzigen oder zu einem späteren Zeitpunkt ausgewertet werden dürfen. Eine Weitergabe der Daten an Personen oder Stellen, die nicht mit dem konkreten Forschungsprojekt befasst sind, ist ausgeschlossen. Die Daten werden anonymisiert bzw. gelöscht, sobald der Forschungszweck dieses gestattet. Eine wissenschaftliche Veröffentlichung erfolgt stets in anonymisierter Form. Eventuell benötigen wir für die wissenschaftliche Forschung auch die medizinischen Daten aus den Behandlungsunterlagen Ihres Kindes. Ggf. würde diesbezüglich auch mit Ihnen Kontakt aufgenommen werden. Dabei müssen wir das Patientengeheimnis beachten, dass die medizinischen Daten Ihres Kindes vor unbefugter Kenntnisnahme durch Dritte schützt. Deshalb möchten wir Sie heute vorsorglich um Ihre Einwilligung bitten. Des Weiteren sind wir aktiv beteiligt an der Ausbildung künftiger Mediziner und Psychologen. Im Rahmen dieser Ausbildung finden Vorlesungen und Seminare für die künftigen Kolleginnen und Kollegen statt. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis, die Falldarstellung Ihres Kindes im Rahmen der Seminare und Vorlesungen in anonymisierter Form verwenden zu dürfen und ggf. auch Ihr Kind aktiv in diese Veranstaltungen einbinden zu dürfen.

Diese Einwilligung gilt für die jetzige Behandlung und künftige Behandlungen mit gleichem Krankheitsbild in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Zentrum für Integrative Psychiatrie. Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen. Ihnen entstehen keine Nachteile, wenn Sie die Einwilligung nicht erteilen oder diese widerrufen. Fragen hierzu beantwortet Ihnen gern die aufnehmende Ärztin oder der aufnehmende Arzt und die oder der Datenschutzbeauftragte des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein.

Erklärung: Name und Geb.-Datum des Kindes / Jugendlichen :

Ja, ich willige ein, oder **Nein, ich willige nicht ein,**

dass das Zentrum für Integrative Psychiatrie und das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein - wie oben beschrieben - die medizinischen Daten meines Kindes zum jetzigen oder zu einem späteren Zeitpunkt für Forschungszwecke nutzen dürfen.

Ja, ich willige ein, oder **Nein, ich willige nicht ein,**

dass der Behandlungsverlauf meines Kindes im Rahmen der Ausbildung der Studierenden verwendet und mein Kind an den o. g. Vorlesungen/Seminaren aktiv beteiligt werden darf.

Die Unterschriften aller Sorgeberechtigten sind erforderlich!

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

Datum: _____ Name: _____ Unterschrift: _____

Weitere/r Sorgeberechtigte/r:.

Datum: _____ Name: _____ Unterschrift: _____

Diese Erklärung kann selbstverständlich jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datenblatt zur Versicherung

Patientendaten (Kind/Jugendliche/r)	Hauptversicherte/r:
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geb.-Dat.:	Geb.-Dat.:
Straße Nr.:	Straße Nr.:
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:
Telefon:	Telefon:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP gGmbH) die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i. S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle, der **unimed Abrechnungsservice** für Kliniken und Chefärzte GmbH, Auf der Heide 17-19, 66687 Noswendel, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich das Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) gGmbH ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum:

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten:

Die Patientin/ der Patient ist gesetzlich versichert.

Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Die Patientin / der Patient ist privat versichert.

Rechnungsanschrift wie oben

abweichende Rechnungsanschrift: Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ / Ort _____

Vertrag über die Inanspruchnahme ambulanter privatärztlicher Leistungen

Zwischen dem oben genannten Patienten bzw. Sorgeberechtigten und dem Ambulanzzentrum der ZIP gGmbH wird die ambulante Beratung und Behandlung im ZIP gGmbH ab Unterschriftsdatum bis auf schriftlichen Widerruf durch den/die Sorgeberechtigten vereinbart.

Sollten zur Klärung der Diagnose oder zur Behandlung weitere Fachärzte zugezogen werden, erfolgt ebenfalls eine privatärztliche Behandlung. Das berechnete Honorar für die privatärztliche Behandlung ist an das Klinikum zu zahlen, das von zugezogenen anderen Ärzten berechnete Honorar an diese persönlich bzw. an das Klinikum.

Datum:

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten:

Antrag auf Diagnostik und Therapie

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.

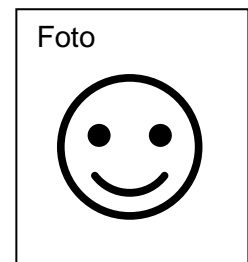
Ich willige ein, dass mich betreffende persönliche Daten im Universitätsklinikum Kiel und im Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH im Rahmen der geltenden Datenschutzgesetze elektronisch verarbeitet werden.

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.

Der/die Patient*in erklärt sich einverstanden, dass Fotografien von Ihm vor, während oder nach der Behandlung angefertigt werden. Die Bilder dienen neben der Planung der Behandlung auch der Dokumentation und werden den Datenschutzbestimmungen entsprechend aufbewahrt. Ich habe als Patient*in auch die Möglichkeit, mir das von mir angefertigte Bildmaterial zur eigenen Verwendung in digitaler Form herausgeben zu lassen.

Sie dürfen gerne vorab ein Bild des/der Kindes/Jugendlichen beifügen.

Falls Sie nicht einverstanden sind, streichen Sie bitte den Absatz durch.



Die Unterschriften aller Sorgeberechtigten sind erforderlich!

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

Name des Sorgeberechtigten:

Datum:

Unterschrift:

Weitere/r Sorgeberechtigte/r:.

Name des Sorgeberechtigten:

Datum:

Unterschrift:

Diese Erklärung kann selbstverständlich jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Liebe Bezugspersonen,

Sie möchten Ihren Klienten (das Kind, der/die Jugendliche) bei uns zu einem Erstvorstellungsgespräch anmelden.

Um dem Kind möglichst gut zu helfen, bitten wir Sie, folgende Fragen vor Vereinbarung eines Erstvorstellungstermins, zu beantworten!

Erst mit einem ausgefüllten Fragebogen kann eine Terminvergabe erfolgen.

Name des Kindes:

Geb.-Datum:

Name der aktuellen Einrichtung:

Ansprechpartner/Bezugsbetreuer:

Adresse:

Telefonnummer:

Email:

Bitte beachten Sie folgendes:

Hiermit bestätigen wir, die Einrichtung, dass die Sorgeberechtigten (Mutter, Vater, Eltern, Vormund) über die Vorstellung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz informiert sind.

Zudem liegen folgende vorab notwendigen Unterlagen, von allen Sorgeberechtigten unterschrieben, vor:

- Schweigepflichtsentbindung für Ärzte gegenüber der Einrichtung**
- Antrag auf Diagnostik und Therapie**
- Ausgefüllter Fragebogen**

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Einrichtung

Fragebogen, auszufüllen durch die aktuelle Einrichtung:

- 1) Durch wen wird die Vorstellung bei uns veranlasst?
(Wunsch der Einrichtung, Eltern, Jugendamt oder andere?)

- 2) Schildern Sie bitte das/die Problemverhalten des Kindes, aus Sicht der Betreuer*innen:

- 3) Was sind die Ressourcen des Kindes, aus Sicht der Betreuer:

- 4) Grund der Unterbringung des Kindes in Ihrer Einrichtung:

Im nächsten Schritt bitten wir um Informationen zu Ihnen als Einrichtung:

- **Ggf. können Sie diese Informationen auch durch einen vorhandenen Flyer in der Anlage übermitteln.**

Gruppengröße, Geschlecht, Alter, Einzel- oder Doppelzimmer, Anzahl der Betreuer*innen, Bezugsbetreuersystem? andere MA z.B. Psycholog*in?

Nach welchem Konzept arbeitet Ihre Einrichtung/Wohngruppe/Team?

Nach welchem Konzept arbeiten Sie aktuell mit dem Kind/ der Jugendliche/dem Jugendlichen?

Welche medizinischen und biografischen Informationen liegen Ihnen vor?

- 1) Gibt es kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Vorbehandlungen?
Wenn ja, welche, wann und mit welchen Diagnosen?

- 2) Besteht aktuell eine kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Anbindung?
Wenn ja, bei wem, seit wann?

- 3) Gibt es aktuell weitere Hilfen (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie usw.)?

- 4) Welche Hilfen hat das Kind bisher in Anspruch genommen? Was hat gut funktioniert?

- 5) Welchen Auftrag haben Sie an uns, mit welchem Wunsch wenden Sie sich an uns?

- 6) Vorherige Einrichtungen und Träger (falls vorhanden):

..... von..... bis.....
..... von..... bis.....
..... von..... bis.....
..... von..... bis.....

Anamnesebogen:

Kontaktdaten des Kindes, Handynummer:

Email (falls vorhanden):

Familie: *(Falls abweichend, bitte Daten der Pflege-/ Adoptiveltern auf einem Extrablatt hinzufügen)*

Name der leiblichen Mutter:

Name des leiblichen Vaters:

Geb.-Datum:

Geb.-Datum:

Schulabschluss:

Schulabschluss:

Ausbildung:

Ausbildung:

Jetzige Tätigkeit:

Jetzige Tätigkeit:

Adresse:

Adresse:

Telefonnummer:

Telefonnummer:

Email:

Email:

Vorerkrankungen (ggf. Todesfall):

Vorerkrankungen (ggf. Todesfall):

Wer hat das Sorgerecht?

Wo lebt das Kind (z.B. bei den Eltern, Pflegefamilie, Großeltern, in einer Einrichtung etc.)?

Familienstand der Eltern: verheiratet / zusammenlebend / getrennt / geschieden / allein erziehend / verwitwet / sonstiges:

Geschwister (Name, Alter; falls es Erkrankungen bei den Geschwistern gibt, bitte ergänzen):

Gibt es in Ihrer Familie weitere Familienmitglieder mit körperlichen oder psychischen Erkrankungen?
Wenn ja, bitte kurz ergänzen:

Aktuelle Problematik:

Bitte schildern Sie uns ausführlich, welche **Sorgen und Probleme** Sie und Ihr Kind zu uns führen:

Seit wann bestehen diese Probleme?

Was ist der Anlass für die Kontaktaufnahme, wer hat sie an uns verwiesen?

Gibt es aktuell eine ambulante, tagesklinische oder stationäre kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung? nein / ja

Wenn ja, wann und wo finden diese statt, bitte aufschreiben:

Gab es früher eine ambulante, tagesklinische oder stationäre kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung? nein / ja

Wenn ja, wann und wo fanden diese statt, bitte aufschreiben:

Haben Sie aktuell Kontakt zum **Jugendamt/ASD?** nein / ja

Bestand früher Kontakt zum Jugendamt/ASD? nein / ja

Wer ist Ihr Ansprechpartner? Name, Telefonnummer: _____

Gibt es bereits **ambulante Hilfen**, wenn ja, welche? _____

Welche weiteren **Therapien / Hilfsmaßnahmen** hat Ihr Kind ggf. bislang erhalten?

Bitte mit Angabe des Zeitpunktes und Dauer ergänzen:

Ergotherapie: Physiotherapie: Logopädie:

Frühförderung: Erziehungsberatung: Sonstiges:

Entwicklung des Kindes:

(Dabei kann Ihnen das Vorsorgeheft („Gelbe Heft“) helfen)

Die **Schwangerschaft** war geplant ungeplant aber erwünscht ungewollt

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft (wenn ja, welche)?

Haben Sie (leibliche Mutter) in der Schwangerschaft geraucht / Alkohol getrunken?

In welcher Schwangerschaftswoche wurde das Kind geboren, Art der Entbindung:
(Gab es Komplikationen? Wenn ja, welche?):

Geburtsgewicht:

Geburtslänge:

Kopfumfang:

APGAR-Werte:

Wie verliefen die **ersten Neugeborenen-Wochen** des Kindes? Gab es Probleme, wenn ja welche?

Wann begann Ihr Kind zu **laufen**?

Wann begann Ihr Kind zu **sprechen**?

Wann wurde es **tagsüber trocken**?

Wann wurde es **nachts trocken**?

Gab es nach dem 4. Lebensjahr Probleme mit dem **Einnässen oder Einkoten**?

Besuchte Ihr Kind einen **Kindergarten / Tagesmutter**? Wenn ja, ab wann und gab es Probleme bei der Umstellung/ Eingewöhnung?

Wann war die **Einschulung** Ihres Kindes? Wie verliefen die ersten Wochen?

Hat Ihr Kind eine **Klasse wiederholen** müssen? Wenn ja, welche?

Welche Schule und Klasse besucht Ihr Kind **aktuell**?

Medizinische Vorgeschichte:

Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind körperliche oder psychische **Vorerkrankungen**, gab es Operationen oder Unfälle? Wenn ja, welche?

Musste Ihr Kind schon einmal in einem **Krankenhaus** behandelt werden? **nein O / ja O**

Bei „ja“ bitte ergänzen:

Krankenhaus	Jahr	Erkrankung

Hatte Ihr Kind einmal einen **Fieberkrampf, Krampfanfall oder Probleme mit dem Herzen?**

Hat Ihr Kind **Allergien**? Wenn ja, welche und muss es dafür Medikamente einnehmen?

Nimmt Ihr Kind aktuell **Medikamente**? **nein O / ja O** (Wenn ja bitte eintragen)

Medikament	Dosis	Seit wann?	Verschreibung durch:

Falls Sie weitere Ergänzungen haben, können Sie diese auf zusätzlichen Blättern beifügen.

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der Angaben.

Datum, Ort:

Unterschrift aller Sorgeberechtigten:



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

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

Geschäftsführung:
Prof. Dr. Dr. h.c. Jens Scholz, CEO
Corinna Jendges, COO
Annette Nedderhoff

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



Ambulanzzentrum der ZIP gGmbH
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Niemannsweg 147
24105 Kiel

Anschreiben zum Einschätzungsbogen
zur Vorlage in der Schule / dem Kindergarten

Sehr geehrte Eltern,
im Rahmen der ausführlichen Diagnostik in der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz benötigen wir die Mithilfe der Schule, um ein umfassendes Bild zum Verhalten und Ihrer Einschätzung eines Kindes oder eines Jugendlichen zu bekommen.

Wir, die Sorgeberechtigten für, Name und Geburtsdatum des Kindes:

sind mit diesem Informationsaustausch einverstanden und bestätigen dies mit unseren Unterschriften.

Datum, Ort:

Unterschrift der Sorgeberechtigten:

Liebe Lehrer*innen,

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Bogen zu bearbeiten und uns ergänzende Beobachtungen unter Bemerkungen mitzuteilen, Ihre Beobachtungen und Beschreibungen sind für uns sehr hilfreich. Im Rahmen der Diagnostik und Behandlung ist es möglich, dass die Behandler die Inhalte mit den Betroffenen besprechen. Selbstverständlich können Sie selbst mit den Familien über Ihre Eindrücke sprechen. Zudem ist es möglich, dass im Rahmen der Diagnostik weitere Fragebögen folgen.

Für Rückfragen und ergänzende Gespräche stehen wir Ihnen unter 0431 500 98079 gerne zur Verfügung oder Mail an den Sozialdienst: rudolf.weihs@uksh.de.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen an die Eltern zurück oder senden Sie ihn direkt an:

Ambulanzzentrum der ZIP gGmbH, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Niemannsweg 147, 24105 Kiel

Vielen Dank im Voraus, mit freundlichen Grüßen

Ihr Ambulanzteam der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz

Campus Kiel

Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie
Direktorin Prof. Dr. Kamila Jauch-Chara

Klinik für Psychosomatik u. Psychotherapie
Direktor Prof. Dr. Fritz Hohagen

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Direktorin Prof. Dr. Dr. Lioba Baving

Institutsambulanz
Direktorin Dr. Sibylle Wilms

Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie u. Psychotherapie
Direktorin Prof. Dr. Aglaja Valentina Stim

**Trauma-Ambulanz
Flucht und Migration**



www.zip-kiel.de

Ansprechpartner: Patientenmanagement
Tel.: 0431 500-98471 Fax: 0431 500-98574
E-Mail: Patientenmanagement.zip.kiel@uksh.de

Unser Zeichen:

Einschätzungsbogen zum Verhalten in der Schule/ dem Kindergarten

(nach bestem Wissen und Gewissen und ohne Anspruch auf Objektivität und Vollständigkeit)

Name des Kindes:

Geb.-Datum des Kindes:

beurteilt von:

am:

In Bezug auf das Kind / den Jugendlichen beurteilen Sie bitte
die **Konzentrationsfähigkeit**:

die **Anstrengungsbereitschaft** und **Mitarbeit**:

die Neigung zu **impulsiven Handlungen**:

die Einhaltung von **Regeln** und **Grenzen**:

die **soziale Integration** in der Klasse / in der Gruppe:

seine/ ihre **allgemeine Stimmung**:

den **Leistungsstand**:

Bestehen aus Ihrer Sicht andere oder weitere, bislang nicht genannte Probleme?

Wenn ja, welche? Welche **Bemerkungen** wollen Sie sonst noch ergänzen?

Nochmals vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Stempel / Unterschrift



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

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

Geschäftsführung:
Prof. Dr. Dr. h.c. Jens Scholz, CEO
Corinna Jendges, COO
Annette Nedderhoff

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

