



## Anmeldeformular Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz

Bitte sorgfältig ausfüllen bzw. ankreuzen.



0431 500-98474,



ambulanzsekretariat@uksh.de

Informationen des Anmelders

Name des Anmelders

Telefonnummer

Straße

Haus-Nr.

E-Mail Adresse

PLZ

Ort

Erreichbarkeit (Uhrzeit)

Informationen des Kindes

Name des Kindes

Geburtsdatum

Straße

Haus-Nr.

E-Mail Adresse

PLZ

Ort

Erreichbarkeit (Uhrzeit)

Mit einem Satz: was hat das Kind?

Haben Sie Unterstützung vom Jugendamt oder andere Hilfen ? Ist Ihnen die Vorstellung bei uns empfohlen worden?  
Ansprechpartner? Telefonnummer?

Waren oder sind Sie bei einem Kinder- und Jugendpsychiater oder -psychotherapeuten vorstellig geworden/angebunden?

Nein

Ja

Wer ist sorgeberechtigt? (Bitte alle Sorgeberechtigten eintragen)

Geht Ihr Kind regelmäßig zur Schule?

Nein

Ja