

Merkblatt (Teil-) Stationäre Anmeldung

Die Anmeldung zur Aufnahme auf die Stationen oder Tageskliniken soll bei klarer Indikationsstellung durch **approbierte Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärzte für Kinderheilkunde oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten** direkt mit unserem Anmeldebogen erfolgen (Ausnahme: Akutstation).

Nach Eingang des Anmeldebogens und der von den Eltern bzw. Sorgeberechtigten unterschriebenen Schweigepflichtentbindung wird mit den Patienten und den Eltern bzw. Sorgeberechtigten vor der Aufnahme ein Vorgesprächstermin vereinbart. Wir führen eine Warteliste, nach der eine telefonische Kontaktaufnahme erfolgt.

Den Anmeldebogen inkl. unterschriebener Schweigepflichtentbindung bitte vollständig ausgefüllt per Fax an 069 – 6301 81771 schicken.

Datenschutzhinweis:

Personenbezogenen Daten des Patienten werden im Krankenhaus gem. § 12 Hessisches Krankenhausgesetz in Verbindung mit den Vorschriften des Hessischen Datenschutzgesetzes (ab Mai 2018 der Verordnung (EU) 2016/679, EU-Datenschutz-Grundverordnung) verarbeitet. Die Hinweise auf die Datenverarbeitung im Krankenhaus werden auf Verlangen ausgehändigt.

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde(n) ich/wir (Name der einweisenden Ärztin/Psychotherapeutin bzw. des einweisenden Arztes/Psychotherapeuten)

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Deutschordenstraße 50, 60528 Frankfurt am Main.

Die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters darf mich / uns / Einweiser*in zur Terminvereinbarung und bei Rückfragen schriftlich / telefonisch kontaktieren.

Ort, Datum

Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte*r

CE • * ^ ä i ~ & c / Ö [\ ~ { ^ } e Ä ä å ä Å [! Ä ^ | , ^ } ä ~ } * ä ä - Ö ä c ä ä ä ä c ~ Ä ! > - ^ } Ä

Anmeldebogen für die (teil-) stationäre Aufnahme

(von Einweiser*in auszufüllen)

Patient*in	Name	
	Vorname	
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt
	Geburtsdatum, Alter	
	Straße, PLZ, Wohnort	
	Krankenversicherung <small>(gesetzlich / privat)</small>	
Mutter / Vater / Sorgeberechtigte*r	Name, Vorname	
	Straße, PLZ, Wohnort	
	Telefon	
	Mobiltelefon	
	E-Mail-Adresse	

Diagnose / Verdachtsdiagnose	
Begründung der Notwendigkeit zur Aufnahme	
Therapieauftrag / -Ziele	
Gewünschte Behandlung <small>(Bitte nur 1 Option auswählen!)</small>	<input type="checkbox"/> teilstationär (Tagesklinik) / Kinder- bzw. Jugendtagesstation <input type="checkbox"/> vollstationär / Kinder- bzw. Jugendstation <input type="checkbox"/> vollstationär / Behandlung im DBT-A Programm (ab 14 Jahre)

Einweisende Ärztin/Psychotherapeutin / einweisender Arzt/Psychotherapeut	
Stempel	Datum / Unterschrift
Name Einweiser*in	
Telefon /Fax	

CE • * ^ â ! ~ & ! c / Ö [\ ~ { ^ } e ^ A q á Á [! Á ^ \ , ^ } á ~ } * ä e - Ö E c ä ä ä e d ~ Á ! > - ^ } Ä