

## Anmeldebogen Institutsambulanz

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Anmelder:** \_\_\_\_\_

**Überwiesen von:** \_\_\_\_\_

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

**Eltern:**

**Sorgeberechtigte:** beide Eltern  Mutter  Vater

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_

Handy Mutter: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Handy Vater: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**

**Hausarzt/Kinderarzt:** \_\_\_\_\_

**Ist ein Dolmetscher notwendig?**  nein  ja

(Falls ja, muss dieser von der Familie selbst organisiert und zum Termin mitgebracht werden!)

**Grund der Vorstellung:**

(kurz in Stichpunkten): \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind aktuell Medikamente?  nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

Besucht Ihr Kind aktuell eine Psychotherapie?  nein  ja

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind früher schon in psychiatrischer/psychologischer Behandlung:  nein  ja

Wann: \_\_\_\_\_ Wo: \_\_\_\_\_

**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.

**Anruf entgegengenommen von:**

*Wird von Institutsambulanz ausgefüllt:*

**Termin:** \_\_\_\_\_

**Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

**Arzt/Psychologe:** \_\_\_\_\_