

Anmeldung

Datum, Praxisstempel, Unterschrift, Kontakt

Patient*in: _____
Geboren am: _____ Sorgerecht: _____
Adresse: _____
Tel/E-Mail: _____

1. Gewünschte Behandlung

ambulant teilstationär vollstationär

2. Abstimmung zur ambulanten kinder-/jugendpsychiatrischen Behandlung

Ich wünsche eine zeitnahe PIA Behandlung (ab _____)
 Ich wünsche keine PIA Behandlung

3. Diagnosen nach ICD-MAS

Achse I _____
Achse II _____
Achse III _____
Achse IV _____
Achse V _____

4. Behandlungsauftrag an unsere Klinik

5. Bisherige therapeutische/medikamentöse Behandlung

6. Schweigepflicht-Entbindung durch die Sorgeberechtigten und Vorbefunde bitte als Anlage

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Chefarzt
Dr. med. Jakob Florack

Leitung PIA

Dipl.-Psych. Clemens Povel
Mobil 0171 1131770

Standort

Steglitz-Zehlendorf

Potsdamer Chaussee 90
14129 Berlin
Fax 030 7882 1300
kjp.pia-sz@joseph-kliniken.de

Standort

Tempelhof-Schöneberg

Wüsthoffstr. 15
12101 Berlin
Fax 030 7882 2353
kjp.pia-ts@joseph-kliniken.de