UNIKLINIK
KÖLN

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters

Anmeldung

zu einer voll- oder teilstationären Behandlung in der Klinik

Bitte per Telefax an 0221 478-3428

Anmeldung durch die Praxis: _____

Telefon für Rückfragen: _____

Telefax: _____

Anmeldung zur:

☐ vollstationären Behandlung ☐ Kinder-Tagesklinik ☐ Jugend-Tagesklinik ☐ Eltern-Kind-Station

☐ Jugend-Tagesklinik für Persönlichkeitsstörungen ☐ Jugend-Station ☐ Kinder-Station ☐ StäB

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Adresse:

Sorgeberechtigte Mutter/Bezugsperson/Vormund:	Sorgeberechtigte Vater/Bezugsperson/Vormund:
Name:	Name:
Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:

Diagnosen/Einweisungsgrund:

Kinder- und jugendpsychiatrischer Auftrag:

Zusätzliche Information:

Behandlung in Praxis seit:

Befundbericht: ☐ im Anhang ☐ folgt

Der Patient/die Patientin und alle Sorgeberechtigten sind mit der Anmeldung einverstanden.

Der Patient/die Patientin und Sorgeberechtigten willigen ein, zu Studienzwecken kontaktiert zu werden. ☐ Ja ☐ Nein

(Ort/Datum) (Unterschrift und Stempel Fachärztin/Facharzt für KJPP)

P2511099_KJP_Anmeld_Niedergelassene; Stand: 19.11.2025