

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychotherapie und Psychosomatik

# Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen des Kindes- und Jugendalters Berlin

**Fax: 030 130 23 80 58**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie wünschen eine tagesklinische oder elektive vollstationäre Behandlung Ihrer/Ihres u.g. Patientin/en in unserer Klinik. Dafür benötigen wir unterstehende Angaben und bitten Sie um Zusendung bereits vorhandener Befunde.

Wir würden den Patienten gerne eine ambulante Betreuung in unserer PIA zur Diagnostik und Vorbereitung der Behandlung anbieten, dafür bitten wir um eine Überweisung zur Mitbehandlung. Wenn Sie keine ambulante Betreuung durch uns während der Wartezeit des Patienten wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit. Sollte sich die Indikation zur tagesklinischen/vollstationären Behandlung während der Wartezeit ändern, bitten wir um Rückmeldung.

Bitte senden Sie dieses Formular per Fax an uns zurück. Wir nehmen aus der nächst gelegenen Ambulanz Kontakt mit Ihnen und/oder der Familie auf.

Wir danken für die kollegiale Zusammenarbeit und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Clemens Povel – Leiter der Ambulanz/Leitender Psychologe ([clemens.povel@vivantes.de](mailto:clemens.povel@vivantes.de))

## Anmeldebogen für Fachärzte/Psychotherapeuten :

Patient/in: _____ Geboren am: _____ Wohnhaft: _____ Sorgerecht: _____ Telefon: _____	Praxisstempel: _____   <input type="checkbox"/> Ich wünsche keine PIA Mitbehandlung
--	--

### 1. Diagnosen nach MAS:

Achse I \_\_\_\_\_  
 Achse II \_\_\_\_\_  
 Achse III \_\_\_\_\_  
 Achse IV \_\_\_\_\_  
 Achse V \_\_\_\_\_

### 2. Behandlungsauftrag an unsere Klinik:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 3. Bisherige therapeutische Maßnahmen/medikamentöse Behandlung:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 4. Schweigepflichtsentbindung durch die Sorgeberechtigten bitte als Anlage

5. Unterschrift: \_\_\_\_\_ Erreichbarkeit für Rückfragen \_\_\_\_\_