



Anmeldung zur Vorstellung eines Kindes/Jugendlichen

Per FAX an 04121-798 797

„Regionales kinder- und jugendpsychiatrisches/psychotherapeutisches
Erstversorgungsangebot für Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung“
Sekretariat Tel.: +49 4121/798 – 762 Fax.: +49 4121/798 -797

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Name des Kindes/Jugendlichen:

Geb. Datum: _____

Name Sorgeberechtigte/r:

ist über Vorstellung informiert, einverstanden und nimmt am Termin teil

Sprachmittlung notwendig Sprache _____

Angemeldet von: _____

(Teilnahme der Fachkraft am Termin ist seitens der KJP grundsätzlich erwünscht)

Kontakt Tel. Nr.: _____ (deutschsprachig!)

Emailadresse: _____

Rückruf notwendig: ja nein

Auf Anraten von: _____

Anmeldegrund/Symptomatik: _____

Überweisung/ Behandlungsschein und Krankenkassen Karte bitte zum Termin mitbringen!

Termin (wird von der KJP ausgefüllt): _____