



Anmeldung für eine <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> teilstationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Zuhause-Behandlung K64 (AOKN + max. 30 Minuten Fahrtzeit zur PKL)			
Name des Kindes/ der/ des Jugendlichen			geb.:
Name Anschrift Telefonnummer der Sorgeberechtigten			
ggf. Name und Telefon- nummer vom Vormund			
Kind lebt bei (ggf. Einrichtung)			
Krankenversicherung		Name der/des Hauptversicherten	
Schule, Klassenstufe (ggf. Abschluss)			
Hilfen durch Jugendamt (ambulant/ stationär?)			
Pflegegrad/ Behinder- tenausweis?			
Adresse der Praxis			Telefonnummer:
			Fax:
Name der/des ambulant Behandelnden			
Kind/Jugendliche:r in ambulanter Behandlung seit			
Impfstatus (Masern, Te- tanus)			
Aktuelle Problematik			
Bisherige Diagnostik, u.a. Leistungsdiagnostik			
Behandlungsdiagnose(n)			
Therapieziele			
Aktuelle Medikation?			
Aktuelle Gefährdungs- aspekte?			

Datum, Unterschrift von der/dem Behandler:in

Praxisstempel