

**Anmeldung für eine:** **stationäre Behandlung** **teilstationäre Behandlung****Name des Kindes:****Geburtsdatum:****Lebt bei (ggf. Einrichtung):****Sorgeberechtigte:**

1

2

**Anschrift:****Telefonnummern:**

1

2

**Schule, Klassenstufe:****Jugendamt involviert? Sachbearbeiter?****Ambulante Behandlung/Untersuchung seit:****Aktuelle Problematik:****Bisherige Diagnostik:****Behandlungsdiagnose(n):****Therapieziele:****Ggf. aktuelle Medikation:****Ggf. aktuelle Gefährdungsaspekte:****Ambulanter Behandler:**

---

**Datum, Unterschrift**