



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, Vorname Anschrift Telefonnummer	sorgeberechtigt 1	sorgeberechtigt 2	Geschlecht des Kindes, der/des Jugendlichen:	männlich: <input type="checkbox"/>
				weiblich: <input type="checkbox"/>
				divers: <input type="checkbox"/>
ggf. Name und Telefon- nummer vom Vormund				
Kind lebt bei (ggf. Einrichtung)				
Krankenversicherung		Name der hauptver- sicherten Person		
Schule, Klassenstufe (ggf. Abschluss)				
Hilfen durch Jugendamt (ambulant/ stationär?)				
Pflegegrad/ Behinder- tenausweis?				
Adresse der Praxis		Telefonnummer:		
		Fax:		
Name der ambulant be- handelnden Person				
Kind/Jugendliche:r in ambulanter Behandlung seit				
Impfstatus (Masern, Te- tanus)				
Aktuelle Problematik				
bisherige Diagnostik, u.a. Leistungsdiagnostik				
Behandlungsdiag- nose(n)				
Therapieziele				
Aktuelle Medikation?				
Aktuelle Gefährdungs- aspekte?				

Datum, Unterschrift von der/dem Behandler:in

Praxisstempel