

Anmeldung für die (teil-)stationäre Behandlung

bevorzugt vollstationär bevorzugt teilstationär

Datum: _____

Zuweiser:

Herr/Frau: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Email: _____

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Lebt: bei Eltern(-teil) in Pflegefamilie in Wohngruppe

Anschrift Eltern: _____

Anschrift WG: _____

Telefon1: _____ Telefon2: _____

Sorgeberechtigt: _____

Ansprechpartner: _____

Diagnosen:

Weitere Begleitmerkmale:

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
des Kindes- und Jugendalters
Martin Gropius Krankenhaus GmbH Eberswalde
Chefarzt
Prof. Dr. med. Hubertus Adam Martin



Gropius Krankenhaus GmbH
Oderberger-Straße 8
16225 Eberswalde
Fax: 03334 53-388

Anmeldung für die (teil-)stationäre Behandlung

Behandlungsauftrag an die Klinik:
Bisherige therapeutische Maßnahmen und Behandlungen:
Aktuelle Medikation: