



Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie, Nußbaumstraße 5a · 80336 München

Direktor

Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne

Empfang - Kliniksekretariat
teil-/ stationäre Aufnahme

Tel. +49 89 4400-55911
Fax +49 89 4400-55912

kjp-klinik@med.uni-muenchen.de

www.kjp.med.uni-muenchen.de

ELTERNINFORMATION

Sehr geehrte Eltern,

hiermit erhalten Sie das **Anmeldeformular für die stationäre bzw. teilstationäre Therapie** Ihres Kindes in der Klinik für **Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** des LMU Klinikums in München.

Zusätzlich benötigen wir **zwingend** einen aktuellen Bericht des **behandelnden Kinder- und Jugendpsychiaters/psychiaterin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/therapeutin**.

mit der Empfehlung einer stationären/teilstationären Therapie.

Dieses sollte **nicht älter als 8 – 12 Wochen** alt sein.

Sollte Ihr Kind noch nicht in Behandlung sein, wenden Sie sich bitte zur Diagnostik zuerst an einen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater*in oder eine kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz.

Schicken Sie bitte das Anmeldeformular **und** den Bericht so bald wie möglich postalisch an folgende Adresse:

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
z.Hd. Frau Angelika Weber
Nußbaumstraße 5a
80336 München

Nachdem wir die Unterlagen erhalten haben, bekommen Sie eine kurze **Eingangsbestätigung per Email**, wir bitten jedoch um Verständnis dafür, dass eingesandte Dokumente **nicht wieder zurückgeschickt** werden können.

Nach oberärztlicher Prüfung der Anmeldeunterlagen setzen wir ihr Kind auf die Warteliste.

Die **Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn kann aufgrund der begrenzten Anzahl der Therapieplätze mehrere Wochen bis Monate** betragen.

Die zuständige Station wird sich zu gegebener Zeit telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen, um einen Termin für ein Vorgespräch zu vereinbaren.

Wir möchten Sie bitten, den Wartelistenplatz abzusagen, sollte Ihr Kind in einer anderen Klinik aufgenommen worden sein oder kein Bedarf einer stationären bzw. teilstationären Therapie mehr besteht.

Vielen Dank,

Ihre Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

Vorstand

Ärztlicher Direktor:

Prof. Dr. med. Markus M. Lerch
(Vorsitz)

Kaufmännischer Direktor:
Markus Zender

Pflegedirektor:
Komm. Alfred Holderied

Vertreter der Medizinischen Fakultät:
Prof. Dr. Thomas Gudermann
(Dekan)

Institutionskennzeichen:
260 914 050

Umsatzsteuer-ID:
DE813536017

Das Klinikum der Universität
München ist eine Anstalt des öffentlichen Rechts



Bitte ankreuzen!

☐ Anmeldung Station (vollstationäre Aufnahme)

☐ Anmeldung Tagesklinik (teilstationäre Aufnahme)

Patient/in:

Name: Vorname: W ☐ M ☐

Geburtsdatum:/...../..... Geburtsort: Nationalität:

Anschrift (Str./Nr., PLZ/Ort):

Email:

Tel. Festnetz: Tel. Mobil:

Schule: Klasse:

Klassenlehrer/in: Konfession:

Krankenversicherung:

gesetzlich ☐ privat ☐

Name: Versicherten-Nr.:

Hauptversicherter: Vater ☐ Mutter ☐ selbst ☐

Mutter:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:/...../..... Nationalität:

Anschrift (Str./Nr., PLZ/Ort):

Email:

Tel. Festnetz Tel. Mobil

Vater:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:/...../..... Nationalität:

Anschrift (Str./Nr., PLZ/Ort):

Email:

Tel. Festnetz Tel. Mobil

Sorgerecht:

☐ Gemeinsam

☐ Mutter alleine

☐ Vater alleine

☐ Sonstige:

.....



Was sind Ihre Sorgen bzw. welche **Sorgen und Probleme** hat Ihr Kind und seit wann bestehen sie?

Was ist Ihr Anliegen an unsere Klinik bzw. was sind die **Behandlungsziele**?

Befindet sich ihr Kind aktuell in **ambulanter** Behandlung bei einem/r Kinder- und Jugendpsychiater/in oder Psychotherapeuten/-in? Wenn ja, bei wem?

Nimmt ihr Kind regelmäßig **Medikamente**? Wenn ja, welche und seit wann?

Gab es Besonderheiten

- während der Schwangerschaft/Geburt?
- in der motorischen, sprachlichen oder Sauberkeitsentwicklung?
- In der Kleinkind-/ Kindergartenzeit?

Bestehen Lern- oder Verhaltensprobleme in der Schule?

Besucht ihr Kind eine Tagesstätte? Wenn ja, welche?

Besteht Kontakt zum Jugendamt? Wenn ja, wie ist die Zuständigkeit (Anschrift, Ansprechpartner, Telefonnummer, Email)?



Besteht Kontakt zu Beratungsstellen, Gesundheitsamt, schulpsychologischer Dienst etc.?
Wenn ja, zu welcher Stelle?

Gab es bereits (teil-) stationäre Behandlungen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie?
Wenn ja, wann und wo?

Das Kind wurde angemeldet von:

Als Sorgeberechtigter bin ich mit der Anmeldung und teil-/stationären Therapie im LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie einverstanden.

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Hiermit willige ich/willigen wir ein, dass personenbezogene Daten, insbesondere Name, Kontaktdaten, Gesundheits- und Sozialdaten zum Zweck der Terminplanung und Vertragserfüllung erhoben, verarbeitet und gespeichert werden dürfen. Zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben werden ihre Daten für weitere 30 Jahre nach Abschluss der Vertragserfüllung/Betreuung gespeichert,

Gemäß §15 DSBVO bin ich/sind wir jederzeit berechtigt, um umfangreiche Auskunftserteilung zu den gespeicherten Daten zu ersuchen. Ich kann/wir können gemäß §17 DSGVO jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir jederzeit, ohne Angabe von Gründen von meinem/unserem Widerspruchsrecht Gebrauch machen kann/können und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern/einschränken oder gänzlich widerrufen kann/können.

Der Widerruf ist postalisch an folgende Adresse zu richten: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Nussbaumstr. 5a, 80336 München.

Wir benötigen die Unterschrift sämtlicher Sorgeberechtigter!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift d. gesetzlichen Vertreters (Mutter), ggf. Vormund

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift d. gesetzlichen Vertreters (Vater), ggf. Vormund