

Anmeldung

Datum, Praxisstempel, Unterschrift, Kontakt

.....

Chefarzt
Dr. Jakob Florack

Leitung PIA
Clemens Povel
Mobil 0171 1131770

Standort
Steglitz-Zehlendorf
Potsdamer Chaussee 90
14129 Berlin
Fax 030 7882-1300
sgjm.pia-sz@sjk.de

Standort
Tempelhof-Schöneberg
Wüsthoffstr. 15 · 12101 Berlin
Fax 030 7882-2930
sgjm.pia-ts@sjk.de

Patient:in:

Geboren am: Sorgerecht:

Adresse:

Tel / E-Mail:

1 Gewünschte Behandlung

- ambulant teilstationär vollstationär

2 Abstimmung zur ambulanten kinder- / jugendpsychiatrischen Behandlung

- Ich wünsche eine zeitnahe PIA Behandlung (ab)
- Ich wünsche **keine** PIA Behandlung

3 Diagnosen nach ICD-MAS

Achse I:

Achse II:

Achse III:

Achse IV:

Achse V:

4 Behandlungsauftrag an unsere Klinik

.....

5 Bisherige therapeutische / medikamentöse Behandlung

.....

6 Schweigepflicht-Entbindung durch die Sorgeberechtigten und Vorbefunde bitte als Anlage

