



Anmeldeformular für die Sprechstunde UNABHÄNGIG (mit Überweisung)

E-Mail-Adresse: kjp-unabhaengig@skhar.sms.sachsen.de

Tel: 035200 – 26 2544

Bitte alle Felder **vollständig** und **leserlich** ausfüllen.

Das Anmeldeformular nur in Verbindung mit dem Überweisungsschein (**vollständig** und **leserlich ausgefüllt**) versenden.

Name, Vorname Geburtsdatum (Patient)	
Wohnanschrift (Patient)	
Telefonnummer (Patient)	
Name, Vorname Telefonnummer (Eltern/Sorgeberechtigte/Betreuer)	
E-Mail-Adresse (Eltern/Sorgeberechtigte/Betreuer)	
Sorgerecht liegt bei	
Vorstellungsanlass	
Veränderungswunsch des Patienten/Systems	
aktuelle Schulung oder Ausbildung	
bisherige Diagnostik oder Therapien (Psycho-, Ergo-, Logo-) Suchtberatungsstelle Aktuelle Medikation	
Zusätzliche Anliegen des Einweisers	
E-Mail-Adresse Telefonnummer (Einweiser)	

Hiermit erfolgt die Einverständniserklärung betreffend Weitergabe an und Kontaktaufnahme durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf.

Datum	Name & Unterschrift Sorgeberechtigte*	

*Ein allein unterzeichnender Sorgeberechtigter erklärt mit seiner Unterschrift, dass alleiniges Sorgerecht besteht/er bevollmächtigt ist, für den weiteren Sorgeberechtigten zu entscheiden (unzutreffendes streichen).