

Anmeldeformular für die Warteliste (mit Einweisung)

E-Mail-Adresse Belegungsmanagement: termin@skhar.sms.sachsen.de Fax-Nr.: Belegungsmanagement 035200 262210
PIA Arnsdorf 035200 262259
PIA Kamenz 03578 7878835
PIA Radebeul 0351 79567748

teilstationär stationär

Die Anmeldung wird zur Planung der Aufnahme weitergereicht. Bitte alle Felder **vollständig** und **leserlich** ausfüllen.
Das Anmeldeformular nur in Verbindung mit dem Einweisungsschein (**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	
Aufnahmegrund inkl. Diagnose (ICD 10)	
Veränderungswunsch des Patienten/Systems	
aktuelle Beschulung oder Ausbildung	
bisherige Diagnostik oder Therapien (Psycho-, Ergo-, Logo-) 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*r

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