

Anmeldeformular für die Warteliste - Zusatz Esstörung

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

Anmeldeformular gilt nur in Verbindung mit der **Hauptseite „Anmeldeformular für die Warteliste“**.

Name, Vorname Geburtsdatum (Patient)	
Welche Esstörung liegt vor?	
Welche Besonderheiten gibt es beim Essen? (Erbrechen, reduzierte Nahrungsmenge, „Fressattacken“)	
Ungefähre Angabe zu Mahlzeiten und Essensmenge	
Tägliche Trinkmenge	
Bewegungsausmaß am Tag	
Größe/Gewicht aktuell	
Höchstgewicht? (Wann? Größe zu der Zeit?)	
Gewichtsverlust in welchem Zeitraum?	
Menarche wann?	
Periode? Amenorrhoe?	
Wer ist aktuell an der Behandlung beteiligt? <ul style="list-style-type: none"> • Kinderarzt/Hausarzt (Name, Anschrift) • Ambulanter Kinder- und Jugendpsychiater (Name, Anschrift) • Ambulanter Therapeut (Name, Anschrift) • Gynäkologe (Name, Anschrift) • 	

<p>Somatische Ausschlussdiagnostik/ Gefährdungseinschätzung erfolgt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internistischer und neurologischer Status • Laboruntersuchungen • Ultraschall Abdomen mit ableitenden Harnwegen (Passagestörung?) • EKG • Echokardiografie: Pumpfunktion–Hämodynamik?, Perikarderguss? • ggf. cMRT bei atypischer Anorexie, männlichem Geschlecht, sehr junges Alter (Kind) 	
<p>Stationäre Aufenthalte in der Somatik bisher? Wenn ja wo/wann?</p>	

Bei Anhalt für eine vitale Gefährdung sollte schnellstmöglich eine somatische Mitbehandlung erfolgen (ambulant oder stationär), die Aufnahme in hiesiger Klinik erfolgt nach dem Wartelistenprinzip, es kann keine Akutversorgung bei Nahrungsrestriktion erfolgen.

Mitbringen zum Vorgespräch:

- Alle Vorbefunde von ambulanten und stationären Behandlungen (kinder- und jugendpsychiatrisch, psychotherapeutisch, somatisch-pädiatrisch).
- Aktueller Essenplan/Protokoll der Mahlzeiten der letzten Woche.
- Körperlicher Befund, ausgewertetes EKG und Labor **nicht älter als 1 Woche** (durch Kinderarzt).

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 Soraerecht besteht/er bevollmächtigt ist, für den weiteren Soraeberechtigten zu entscheiden (**unzutreffendes streichen**).