

Anmeldeformular für die stationäre Aufnahme auf Adoleszentenstation

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d

Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

_____KJP-Vorbehandlung: ☐ nein ☐ ja (wer/wo/wann): _____
_____Erwachsenenpsych. Vorbehandlung: ☐ nein ☐ ja (wer/wo/wann): _____
_____Diagnosen (falls bekannt): _____
_____Hauptprobleme: _____

_____Aktueller Drogenkonsum: ☐ nein ☐ ja (was/wie häufig): _____Behandlungsziele: _____

_____Aufnahmewunsch: ☐ ab sofort ☐ ab: _____☐ Bitte 1-2 Wo. Vorlaufzeit zur Aufnahme.☐ Kurzfristige Aufnahme (24 Std.) möglich.