

**Kooperationsstandard
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie**

**Datum:
Ausgefüllt von:**

Kind bzw. Jugendlicher

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Geburtsort, ggf. Krankenhaus

Krankenkasse und Hauptversicherte/r

Sorgeberechtigte/r

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Leibliche Eltern

Mutter

Name, Vorname

Ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Anschrift und Telefonnummer

Ausbildung und Berufstätigkeit

Vater

Name, Vorname

Ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Anschrift und Telefonnummer

Ausbildung und Berufstätigkeit

Geschwister

Leibliche Geschwister

Name, Vorname, Geburtsdatum

Halb- / Stiefgeschwister

Name, Vorname, Geburtsdatum

Stief- / Adoptiv- / Pflegemutter	Stief- / Adoptiv- / Pflegevater
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Anschrift	Anschrift
Telefon	Telefon
Ausbildung und Berufstätigkeit	Ausbildung und Berufstätigkeit

Helfer (mit Adresse und Telefon)

Einweisende/r Ärztin/Arzt

Falls abweichend Haus-/Kinderärztin/arzt

Kindergarten

Schule, Klasse, Klassenlehrer/in

Beratungsstelle/Sonstige Einrichtung

Jugendamt mit Ansprechpartner

Einverständnis zum Informationsaustausch
(Das Ausfüllen ist freigestellt.)

PatientIn (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer)

Sorgeberechtigte/r (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer)

Als Sorgeberechtigte entbinden wir die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg, von der Schweigepflicht für den mündlichen bzw. schriftlichen Austausch von Information über Diagnostik und Behandlung, Erziehungshilfe oder Eingliederungsmaßnahmen und Fragen zur Bildung unseres Kindes gegenüber folgenden Personen bzw. Institutionen:

Kinderarzt/-ärztin / Hausarzt/-ärztin

Person, Institution	Straße und Nr.	PLZ, Ort	Telefon
---------------------	----------------	----------	---------

Ärztin/Arzt oder Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. PsychotherapeutIn

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
-----	-----	----------------	---------------	---------

Jugendamt

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
-----	-----	----------------	---------------	---------

Kindergarten bzw. Schule

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
-----	-----	----------------	---------------	---------

Andere:

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
-----	-----	----------------	---------------	---------

Andere:

PLZ	Ort	Straße und Nr.	MitarbeiterIn	Telefon
-----	-----	----------------	---------------	---------

Ort

Datum

Unterschrift/en

Familienanamnese

Genogrammsymbole		
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich	<input type="checkbox"/> Indexpatient
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input checked="" type="radio"/> Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Abtreibung
<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input checked="" type="checkbox"/> gestorben	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Zwilling zweieiig
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Zwilling eineiig	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> verheiratetes Paar	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> unverheiratetes Paar
<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> getrenntes Paar	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/> geschiedenes Paar	

Genogramm

Personen mit Alter, ggf. Wohnort und Beruf

Familiengeschichte

Finanzen, Umzüge, Neuzusammensetzungen, Sorgerecht, Umgang, Unterhalt

Wie erklärt sich die Familie die aktuelle Lage

Fragen an den Kooperationspartner

zur Diagnostik

Zum erzieherischen und pädagogischen Hilfebedarf

Zur Therapie

Zur gegenseitigen Information und Kooperation

Zum Behandlungsvertrag

Zu den Beteiligten und Kostenträgern
