

**An die Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Wiesbaden
(Fax Nr. 0611-18524-29)**

Anmeldung für Behandlungsbereich:
Stationär ___ Tagesklinik ___

Einweiser + Praxisstempel:

| | |
|-----------------------|----------------------|
| Name: | Geburtsdatum: |
| Straße: | Alter: |
| PLZ/Wohnort: | Krankenkasse: |
| Tel. tagsüber: | Sorgerecht: |

| | |
|----------------------------------|----------------------|
| Vorläufige Diagnose: | |
| Symptomatik: | |
| Ziel/Fragestellung: | |
| Ein ausführlicher Bericht folgt. | |
| Datum: | Unterschrift: |