

## Aufnahmebogen Flucht und Migration - Traumaambulanz Kiel

**Ansprechpartnerin: Stefanie Thielebein**  
**Tel.:** 0431 500-98077 **Fax:** 0431 500-98064  
**E-Mail:** [FluchtundMigration.zip.kiel@uksh.de](mailto:FluchtundMigration.zip.kiel@uksh.de)

Bitte denken Sie an:

- **Überweisung und Gesundheitskarte**
- **Medizinische Befunde**
- **Aktuelle Labor und EKG Befunde (sofern möglich)**
- **Aktuelle Medikamentenaufstellung**
- **Übersetzer\*in zum Erstgespräch**

### Aufnahmebogen Flüchtlinge

Allgemeine Daten:

weiblich    männlich    divers

Nachname \_\_\_\_\_ Aufenthaltsstatus / Seit wann leben Sie in Deutschland? \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Herkunftsland \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_  
*\*Bei unter 18-jährigen wird das Einverständnis der/s Sorgeberechtigten / Vormunds zur Behandlung Benötigt (siehe Seite 2).*

Eigene Telefonnummer \_\_\_\_\_ Sonstige Sprachen \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Deutschkenntnisse, Prüfung, Niveau \_\_\_\_\_

Aktuelle Einrichtung/Unterkunft/Adresse \_\_\_\_\_

Dolmetscher \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/Betreuer/Zuweiser \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Allgemeine Problematik:**

Depression	<input type="checkbox"/>	Fremdaggression	<input type="checkbox"/>	Suizidgedanken	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>
		Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>	Schulprobleme	

Sonstige: \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits im ZIP in Behandlung? ja  nein   
 Geschlechtsspezifische Behandlung gewünscht? ja  nein       Wenn ja: m  w

---

Name, Vorname, Geburtsdatum des/der Patient:in

### **Antrag auf Diagnostik und Therapie für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren**

Ich beantrage die Diagnostik und Therapie für Kinder und Jugendliche und bin damit einverstanden, dass dieser Vertrag unter Zugrundelegung der für das Universitätsklinikum Kiel geltenden allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) abgeschlossen wird.

Ich willige ein, dass mich betreffende persönliche Daten im Universitätsklinikum Kiel und im Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH im Rahmen der geltenden Datenschutzgesetze elektronisch verarbeitet werden.

**Hiermit wurde ich davon in Kenntnis gesetzt, dass ich im Falle einer ambulanten Behandlung für jedes Quartal einen:**

- **Überweisungsschein abzugeben habe.**
- **Die Krankenversichertenkarte einzulesen habe.**

**Dieses gilt auch für die Therapie- und Trainingsgruppen der Eltern und Kinder.**

Soweit der Überweisungsschein für die ambulante Behandlung nicht vorliegt, verpflichtet der Patient:in (Sorgeberechtigten) sich, diesen innerhalb von 7 Tagen nachzureichen. Sollte dieses nicht geschehen, können die Behandlungskosten dem Patienten:in (Sorgeberechtigten) in Rechnung gestellt werden.

### **Die Unterschriften aller Sorgeberechtigten sind erforderlich!**

Kiel, den _____	_____	_____
	Vor und Nachname in Druckbuchstaben	Unterschrift 1. Elternteil
Kiel, den _____	_____	_____
	Vor und Nachname in Druckbuchstaben	Unterschrift 2. Elternteil
Kiel, den _____	_____	_____
	Vor und Nachname in Druckbuchstaben	ggf. Unterschrift gesetzliche Vertretung

**Hiermit versichere ich, dass ich allein sorgeberechtigt bin.**

Kiel, den _____	_____	_____
	Vor und Nachname in Druckbuchstaben	Unterschrift Sorgeberechtigte:r