

Anmeldung Kinder und Jugendliche Hometreatment Aargau (HotA)

Dieses Anmeldeformular richtet sich an Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinderheilkunde sowie an die KJP der PDAG zur medizinischen Indikationsprüfung für eine aufsuchende psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch HotA.

Bitte beachten:

Behandlungsaufträge an HotA seitens nicht-medizinischer Kooperationspartner wie Beistände, KESB, KESD, zivilrechtliche oder strafrechtliche Massnahmeträger sind bitte direkt an HotA zu adressieren.

Personalien Patienten

Vorname*

Nachname*

Strasse*

PLZ / Ort*

Telefon*

E-Mail

Geburtsdatum*

Sozialversicherungsnummer*

Krankenkasse*

Hausarzt-Modell bei der Krankenkasse?*

Ja

Nein

Falls ja, bitte PDF-Überweisung vom Hausarzt mit dem Formular mitschicken.

Inhaber elterlicher Sorge*

Mutter

Vater

Sorgeberechtigte

Vorname*

Nachname*

Strasse*

PLZ / Ort*

Telefon*

E-Mail

Weitere Bezugsperson*

Mutter

Vater

Sorgeberechtigte

Keine weitere Bezugsperson

Bitte Kontaktdaten der weiteren Bezugsperson angeben:

Vorname

Nachname

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Weitere Angaben zur Patientin/zum Patienten

Lebensmittelpunkt der Patientin/des Patienten bei*

Verfügbarkeit der verantwortlichen Betreuungsperson tagsüber gegeben?

Ja

Nein

Kinder- und Jugendpsychiatrische Diagnosen*

Kurze Beschreibung der aktuellen Problematik*

Relevante körperliche Erkrankungen inkl. Allergien*

Aktuelle Medikation*

Art und Ziel der aufsuchenden Intervention durch HotA*

Bisherige Interventionen*

Vorbericht vorhanden?*

Ja

Nein

Wenn vorhanden, bitte als PDF mit dem Anmeldeformular mitschicken.

Zuweisung durch

Name der Institution (Heim, Praxis, Spital etc.)*

Vorname*

Nachname*

Berufskategorie

Strasse*

PLZ / Ort*

Telefon*

E-Mail*

Datum*

Zuweisungsschreiben bitte als PDF mit dem Anmeldeformular mitschicken.

Bitte anwählen*

Die Sorgeberechtigten der Patientin/des Patienten sind mit der Übermittlung der Daten an die KJP der PDAG einverstanden.

Die Sorgeberechtigten der Patientin/des Patienten sind mit der Übermittlung der Daten an das Ho-metreatment Aargau einverstanden.

Die Sorgeberechtigten sind darüber informiert, dass die Indikationsprüfung durch den KJP kosten-pflichtig ist. Die Kosten werden durch die Grundversicherung der Krankenkasse übernommen, bis auf den Selbstbehalt.

Wir möchten Sie bitten, uns keine Patientendaten in einer unverschlüsselten E-Mail zu schicken. Die Über-mittlung dieses Formulars ist nur mit einer gesicherten HIN-Mail-Adresse datenschutzkonform möglich.

Zentrale Anmeldung für Kinder und Jugendliche (ZAKJ)

T 056 462 20 10

kj.zentrale@pdag.ch

www.pdag.ch