

**Bitte per Fax zurück an: 0781 9192-231**

Anmeldeformular zur Aufnahme in die Warteliste für eine geplante stationäre Behandlung (Bei Aufnahme in die Warteliste erhalten Sie ein Bestätigungsfax, andernfalls einen Rückruf)

**Patientendaten:**

**Geschlecht:**  w  m  d

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Kostenträger: \_\_\_\_\_

Diagnose(n): \_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Drogen/Alkohol/Substanzgebrauch:  nein  ja (welche): \_\_\_\_\_

Sonstiges/Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Station:**

**D0 Gerontostation**   
(Patienten ab 65 Jahre)

**Pflegebedürftig**  nein

ja

**Mobil (alleine gehfähig)?**  ja

nein

**C1 Psychosestation**

**C2 Depressionsstation**

Falls bekannt, Therapieschwerpunkt:  CBASP  IPT

**D2 DBT Station**  **Persönlichkeitsstörung**

**Trauma**

**D1 Suchtstation**

Die Anmeldung hierfür erfolgt durch persönlichen Anruf des Patienten auf der Station unter der Telefonnummer **0781/9192-247**

**Anschrift der Praxis (Stempel)**

Wird von der Institutsambulanz ausgefüllt: Patient in Warteliste aufgenommen:

Datum, Unterschrift

Einweisender Arzt/Name in Druckbuchstaben

Tel. Nr. für Rückfragen