

Bitte per Fax zurück an: 0781 9192-299

Anmeldeformular zur Aufnahme in die Warteliste für eine geplante teil-/stationäre Behandlung

<b>Patient*in</b>	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich   Staatsangehörigkeit: _____   Geburtsdatum: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
Name, Vorname: _____   Alter: _____	
Straße, Hausnr. _____   Krankenkasse: _____	
PLZ, Wohnort: _____	
<b>Sorgeberechtigte</b>	
Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere _____   Telefon 1 _____	
_____   Telefon 2 _____	
<b>Gewünschter Bereich: <input type="checkbox"/> Tagesklinik   <input type="checkbox"/> Kinderstation (6-13 Jahre)   <input type="checkbox"/> Jugendstation (ab 14 Jahre)   <input type="checkbox"/> StäB</b>	
Diagnose(n): _____	
Aktuelle Beschwerden: _____	
_____	
_____	
Aktuelle Medikation: _____	
Bisher erfolgten Behandlungen (z.B. Stundenanzahl von Psychotherapie, Inhalte der Therapie): _____	
_____	
_____	
Indikation für teil-/stationäre Behandlung: _____	
_____	
Anschrift der Praxis/Stempel	Ansprechpartner*In (Druckbuchstaben): _____
	_____
	Erreichbar wann: _____
	Telefonnummer: _____
Vorgespräch am _____ bei _____   Unterlagen versendet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	