

Bitte per Fax zurück an: 0781 488-750

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

**Patientendaten:**

Geschlecht:  weiblich  männlich

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

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

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

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

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

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

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

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

**Gewünschte Station:**

**D0** Gerontostation  Pflegebedürftig  nein  ja  
(Patienten ab 65 Jahren) Mobil (alleine gehfähig)?  ja  nein

**C1** Psychosestation

**C2** Depressionsstation  Falls bekannt, Therapieschwerpunkt: CBASP  IPT

**D2** DBT-Station: Persönlichkeitsstörungen  Trauma

**D1** Suchtstation: Die Anmeldung hierfür erfolgt durch persönlichen Anruf des Patienten auf der Station unter der  
**Telefonnummer: 0781 9192-247**

**TK** Tagesklinik  **Wird von der Institutsambulanz ausgefüllt: Patient wurde von uns zwecks eines  
Termins zum TK-Vorgespräch kontaktiert:**

Anschrift der Praxis (Stempel) **Wird von der Institutsambulanz ausgefüllt: Patient in Warteliste aufgenommen:**

Datum, Unterschrift

Einweisender Arzt / Name in Druckbuchstaben

Tel. Nr. für Rückfragen