

Bitte per Fax zurück an: 0781 488-740

Anmeldeformular zur Aufnahme in die Warteliste für eine geplante teilstationäre 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: _____

TK Tagesklinik

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

Anschrift der Praxis (Stempel)

Wird vom Aufnahmemanagement ausgefüllt: Patient in
Warteliste aufgenommen:

Datum, Unterschrift

Einweisender Arzt/Name in Druckbuchstaben

Tel. Nr. für Rückfragen