

Bitte per Fax zurück an: 0781 9192-231

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:

Name, Vorname: _____ Geschlecht: w m
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

TK Tagesklinik

Wird von der Institutsambulanz ausgefüllt: Patient wurde 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 _____