

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:

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 Tagesklinik ausgefüllt: Patient wurde von uns 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