

Bitte per Fax zurück an: 0781 9192-299

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

Patient*in	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsdatum: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
Name, Vorname: _____ Alter: _____	
Straße, Hausnr. _____ Krankenkasse: _____	
PLZ, Wohnort: _____	
Sorgeberechtigte	
Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere _____ Telefon 1 _____	
_____ Telefon 2 _____	
Gewünschter Bereich: <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> Kinderstation (6-13 Jahre) <input type="checkbox"/> Jugendstation (ab 14 Jahre)	
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	