

Anmeldung zur (teil-)stationären Behandlung

Praxisinformation

Kontakt:

Telefon:

E-Mail:

Praxisstempel

Klinikstationen

Haus 1 Jugendliche (13 – 17 Jahre)	Haus 4 Akutstation
Haus 2 Kinder (10 – 15 Jahre)	Haus 5 Tagesklinik (11 – 17 Jahre, weiterführende Schule)
Haus 3 Kinder (6 – 10 Jahre)	

Patient:inneninformation

Name:	Vorname:	Geboren:	Geschlecht:
Straße:		Sorgeberechtigte:	
Ort:		Telefon:	
Krankenkasse:		Lebt bei:	
Betreuung in Praxis seit:		Kontakt Jugendhilfe:	
Anzahl Termine bisher:			

Aktueller Anlass zur Anmeldung (z. B. krisenhafte Zuspitzung, elektive Therapie-Indikation...):

Bisher durchgeführte Diagnostik und Testergebnisse:

(Verdachts-)Diagnose, Symptomverlauf:

Besonderheiten im bisherigen Verlauf, laufende Therapie:

Auftrag und Ziel der (teil-)stationären Behandlung aus Sicht:

Von Ihnen:

Patient:in:

Sorgeberechtigte:

Datum

Unterschrift

Rücksprache, Tel.:

Bevorzugte Uhrzeit:

Wir bitten darum, uns das Dokument datenschutzkonform zu übermitteln.