



Anmeldung zur stationären Behandlung in der Akutpsychosomatik

Sehr geehrter Behandler/ Zuweiser,

bitte teilen Sie uns zur Anmeldung Ihres Patienten schriftlich (**Fax: 06592-715-2424**) folgende Informationen mit:

PATIENT	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	
Telefonnummer(n)	Email:
Krankenversicherung	
Diagnosen	
Kurzbefund	
Ausschluss – Kriterien/ Einschränkungen	Es liegen Hinweise vor auf: <input type="checkbox"/> aktive Suchterkrankung bzw. Medikamentenabhängigkeit, <input type="checkbox"/> akute Suizidalität <input type="checkbox"/> Psychose <input type="checkbox"/> Manie <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> manifeste Infektionserkrankung..... <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit/Pflegegrad <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Keine
Aktuelle Medikation	
Ambulante Psycho-Therapie/AU	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein / AU seit
	Notwendige organmedizinische Untersuchungen werden vor Aufnahme abgeschlossen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, und zwar:
Gewünschter Termin	
BEHANDLER/ ZUWEISER	
Praxis/ Hr./Fr./ Dr.	
Telefonnummer/ Faxnummer	

VIELEN DANK !