



Patientenanmeldung Tagesklinik

Telefonisch (0 26 25-31 545), per Fax (0 26 25-31 546) oder per Mail (info-fksaffig@bbtgruppe.de)

Bitte unbedingt vollständig ausfüllen, nur mit Unterschrift/Stempel Arztpraxis gültig!

Erforderlich zur Anmeldung!

Anmeldedatum:

Patientendaten

Nachname:	Vorname:	Geburtstag:
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon privat:	Mobiltelefon:	
Kostenträger (Krankenkasse):		

Wiederaufnahme

ggf. gesetzlicher Betreuer

ggf. Ansprechpartner

Nachname:	Vorname:	Email:
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon privat:	Mobiltelefon:	

Angaben zum zuweisenden Arzt / Psychotherapeut/in

Arzt: Email Arzt:	Telefon Arzt:
Hauptdiagnose: Relevante Nebendiagnose (n):	
Aktueller Behandlungsansatz und Zielsetzung:	
<input type="checkbox"/> Krisenintervention <input type="checkbox"/> intensive psychotherapeutische Behandlung <input type="checkbox"/> Entgiftung erforderlich <input type="checkbox"/> Tagesklinik	
<input type="checkbox"/> Suchterkrankung, wenn ja welche? <input type="checkbox"/> Anbindung an eine Suchtberatungsstelle: <input type="checkbox"/> Langzeittherapie beantragt? <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung erwünscht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer gewünscht	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel (z.B. Rollator, Sauerstoff, Apnoe - Gerät, Rollstuhl, etc.) <input type="checkbox"/> Voraufenthalt/e: <input type="checkbox"/> Besonderheiten, wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Pflegegrad: <input type="checkbox"/> Gewicht >130kg (wg, evtl. Bedarf Pflegebett)