

Anmeldeformular

1. Patientendaten			
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Wohnort			
Telefonnummer			
Handy / Mobil			
§ Betreuer	Name	Telefon:	
Ergänzungen			

2. Einweiser	<input type="radio"/> Hausarzt	<input type="radio"/> Facharzt / Psychiater	<input type="radio"/> Krankenhaus
	<input type="radio"/> Sonstiges		
Name	Ort	Telefon	
Ergänzungen			

3. Behandlungsart	<input type="radio"/> teilstationär	<input type="radio"/> vollstationär	<input type="radio"/> PIA / Fachambulanz
--------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--

4. Dringlichkeit	<input type="radio"/> elektiv (geplant mit Termin)	<input type="radio"/> zeitnah	<input type="radio"/> sehr dringend
-------------------------	--	-------------------------------	-------------------------------------

5. Diagnose	

6. Infektiösität	<input type="radio"/> ja (falls ja welche ?)	<input type="radio"/> nein

7. Pflegebedarf	<input type="radio"/> ja (welcher Umfang?)	<input type="radio"/> nein

8. Behandlungsziel	

Senden Sie uns das Anmeldeformular bitte per Fax an die **Fax-Nr.: 06222-55 291 1091**.

Bitte beachten Sie, dass die Anmeldeformulare nur von Montag bis Freitag (außer feiertags) zwischen 08:30 Uhr – 16:30 Uhr bearbeitet werden.

In dringenden Fällen melden Sie sich bitte telefonisch über unsere Telefonzentrale Tel.: 06222-55 0.