

Patientenanmeldung

Klinik stationär Tagesklinik Psychosomatische Onkologie

Absender/Zuweisender

Titel _____ Facharzt _____

Vorname/Name _____

Strasse/Nummer _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Angaben zu Ihrer Patientin/Ihrem Patienten

Vorname/Name _____

Strasse/Nummer _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Geb. Datum _____

E-Mail _____

Versicherungsstatus allgemein halbprivat privat Selbstzahler

Versicherung _____

Sozialversicherungsnummer _____

Behandlungsgrund Krankheit Unfall

Diagnosen (psychiatrisch, somatisch soweit bekannt)

Befund und bisherige Behandlungen

Medikamente (psychiatrisch, somatisch soweit bekannt)

Indikation und Zielsetzung des Aufenthaltes

Beilagen

Ist Ihre Patientin / Ihr Patient einem Hausarztmodell angeschlossen, bitten wir Sie um die Angabe, ob der Hausarzt über den bevorstehenden Behandlungsschritt bereits informiert ist:

ja nein

Namen des Arztes

Praxisanschrift

Datum

Unterschrift

Die Klinik Schützen wird die Patientin/den Patienten nach Ihrer Anmeldung zu einem Vorgespräch aufbieten. Die Kostengutsprache wird durch die Klinik Schützen eingeholt.