

## Patientenanmeldung

Klinik stationär     Tagesklinik     Psychosomatische Onkologie

### Absender/Zuweisender

Titel \_\_\_\_\_ Facharzt \_\_\_\_\_

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Strasse/Nummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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



Diagnose

---

---

---

---

---

---

Befund und bisherige Behandlungen

---

---

---

---

---

Medikamente

---

---

---

---

---

Indikation und Zielsetzung des Aufenthaltes

---

---

---

---

---

Beilagen

---

---

---

Ist Ihr Patient einem Hausarztmodell angeschlossen, bitten wir Sie um die Angabe, ob der Hausarzt über den bevorstehenden stationären 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. Nach dem Gespräch werden Sie von uns informiert.

**Klinik Schützen Rheinfelden**

**Psychosomatik | Psychiatrie | Psychotherapie**

Ärztlicher Direktor und Chefarzt: Dr. med. Hanspeter Flury, Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Bahnhofstrasse 19, CH-4310 Rheinfelden, Telefon 061 836 26 26, Fax 061 836 26 20

info@klinikschoetzen.ch, www.klinikschoetzen.ch