



**Barmherzige Brüder
Saffig**

Patientenanmeldung Fachklinik

telefonisch (02625-31929), per Fax (02625-31850) oder per Mail (info-cm@bb-saffig.de)

Bitte unbedingt ausfüllen!

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

Arzt:	Telefon Arzt:
Hauptdiagnose:	
Relevante Nebendiagnose (n):	
Chronische somatische Erkrankungen:	
<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"/> Hilfsmittel (z.B. Rollator, Sauerstoff, Apnoe-Gerät, Rollstuhl, etc.)
<input type="checkbox"/> besteht schon eine Anbindung an eine Suchtberatungsstelle?	<input type="checkbox"/> Besonderheiten, wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> Langzeittherapie beantragt?	<input type="checkbox"/> Pflegegrad, wenn ja welcher?
<input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung	<input type="checkbox"/> Gewicht >130kg (wg, evtl. Bedarf Pflegebett)
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer gewünscht	