

Patientenanmeldung Fachklinik

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

Anmeldedatum:

Patientendaten

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

Wiederaufnahme

Angaben zum zuweisenden Arzt

Arzt:	Telefon Arzt:
Diagnose(n):	
Chronische somatische Erkrankungen	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme	
<input type="checkbox"/> Suchterkrankung, wenn ja welche? <input type="checkbox"/> Entgiftung erforderlich <input type="checkbox"/> Langzeittherapie beantragt? <input type="checkbox"/> intensive psychotherapeutische Behandlung erforderlich <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> Einzelzimmer gewünscht (auf Zuzahlung hinweisen)	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel, wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Besonderheiten, wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Pflegegrad, wenn ja welcher?