

Anmeldebogen

Datum(!) _____

Bitte VOLLSTÄNDIG ausfüllen und zurückschicken an:

Filderklinik

Abteilung Psychosomatik

Im Haberschlag 7

70794 Filderstadt

Telefon- Nr.:

stationär/Tagesklinik: 0711/ 7703 1071 - MVZ Praxis: 0711-7703 5150

Telefax Nr.:

stationär/Tagesklinik: 0711/ 7703 1075 - MVZ Praxis: 0711-7703 5151

E-Mail: Filderklinik

psychosomatik@filderklinik.de

E-Mail: MVZ Praxis

psychosomatik@praxiszentrum-filderklinik.de

Bitte ankreuzen Ambulant, Tagesklinik oder Vollstationär

Ambulant (MVZ)	<input type="checkbox"/>
Tagesklinik	<input type="checkbox"/>
Vollstationär	<input type="checkbox"/>

Wunschtermin Aufnahme: _____

Persönliche Daten:

Vor- und Zuname: _____

Geb.-Datum: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E- Mail: _____

Hausarzt/Psychiater: _____

(einweisender Arzt)

Gesetzliche Krankenversicherung: _____ **Vers. Nr.:** _____

Mitglied: _____ Familienversichert: _____ Rentner: _____

Private (Zusatz)-Versicherung: _____ **Vers. Nr.:** _____

Adresse: _____ Fax: _____

zusatzversichert für (bitte ankreuzen): **Chefarzt stationär:** _____ **1-Bett:** _____ **2-Bett:** _____

Chefarzt ambulant: _____

Bitte beachten:

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, aber eine Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte mit Wahlleistungen Chefarzt und Privatzimmer haben oder ganz privat versichert sind, benötigen Sie vor stationärer Aufnahme eine Kostenzusage Ihrer privaten Krankenkasse bzw. Zusatzversicherung (nicht von der gesetzlichen Krankenkasse)!

Hat bereits ein stationärer Aufenthalt in der Filderklinik stattgefunden?

NEIN: _____ JA: _____ wann: _____ Abteilung: _____

Krankheitsbeginn: _____

Kurze Schilderung der Erkrankung:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Ihr aktuelles Körpergewicht: _____ Körpergröße: _____

Körperliche Erkrankungen:

Ich habe schon eine ambulante Behandlung (Psychotherapie) in Anspruch genommen

vom _____ bis _____ Name d. Therapeuten/in: _____

vom _____ bis _____ Name d. Therapeuten/in: _____

NEIN weil _____

Ich war schon einmal stationär in einer Klinik für Psychosomatische Medizin und/oder einer Klinik für Psychiatrie / einer psychosomatischen Reha (Bitte aktuelle Entlassbriefe diesem Schreiben beifügen!)

vom _____ bis _____ Name d. Klinik: _____

vom _____ bis _____ Name d. Klinik: _____

Einweisung / Überweisung

JA Eine Einweisung bzw. Überweisung vom Facharzt Psychiater/Neurologe oder Hausarzt liegt vor **NEIN** liegt noch nicht vor, wird aber besorgt

Wurde bei der Rentenversicherung ein Antrag gestellt für eine Reha- Maßnahme?

JA wann? _____ bewilligt/ abgelehnt (Zutreffendes bitte unterstreichen) **NEIN**

