



# ANMELDEFORMULAR

Name	Vorname	Geburtsdatum	
Strasse	PLZ	Ort	
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Telefon mobil	E-Mail

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers	Versicherungs Nr.
Private Krankenversicherung		
Beihilfestelle		
Tagegeldversicherung		
Kostenzusage liegt bereits vor von folgenden Stellen	<input type="radio"/> Priv. Krankenversicherung <input type="radio"/> Beihilfestelle <input type="radio"/> Tagesgeldversicherung	
Selbstzahler		
Wahlleistungen		
anderes		

Wer ist der einweisende Arzt /in? (Name, Adresse, Tel.Nr.)

---

---

## Wer sind Ihre behandelnden Ärzte?

Hausarzt (Name, Adresse, Tel. Nr.)

---

Facharzt (Name, Adresse, Tel. Nr.)

---

Psychotherapeut (Name, Adresse, Tel. Nr.)

---

**Bitte die Krankenhauseinweisung und einen ärztlich/psychotherapeutischen  
Befundbericht der Anmeldung beifügen**

**Waren Sie in der Vergangenheit schon in stationärer psychosomatischer Behandlung?**  
**Wenn ja, wo, wann?** (Bitte Befundberichte an uns senden bzw. senden lassen)

---

---

---

---

**Waren Sie in der Vergangenheit schon in stationärer psychiatrischer Behandlung?**  
**Wenn ja, wo, wann?** (Bitte Befundberichte an uns senden bzw. senden lassen)

---

---

---

---

**Beschwerdeschilderung, die zur Aufnahme führen:**

---

---

---

---

**Vor allem leide ich unter folgenden Problemen:**

---

---

---

---

**Aktuelle Medikation/ Dosierung:**

---

---

---

---

---

---

---

**Konsum von Nikotin/Alkohol/ Drogen (mit Mengenangaben):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Berufliche Situation/ Private Situation:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Krankschreibung seit:**

---



**Aufnahmezeitpunkt:**

- Anreise in die Klinik wäre jederzeit kurzfristig möglich
- Eine Vorlaufzeit vor Aufnahme von einigen Wochen sind notwendig
- Eine Aufnahme ist erst ab dem \_\_\_\_\_ möglich  
wegen \_\_\_\_\_

Sonstiges

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum

Unterschrift

---