

Aufnahme am:	Zimmer-Nr:	KG: ja nein	Anmeldung am:
Name:	Vorname:		Geb.Datum
Straße:	Wohnort		Telefon:
Kostenträger	mitversichert bei		zusatzversichert
Wahlleistung: 1-BZ _____ €	2 – BZ _____ €		CA ja nein Zutreffendes bitte einkreisen

Einweisender Arzt:	Telefon:	kennt unser Therapiekonzept	
		mehrfach eingewiesen	
FA für Psychiatrie	FA Allgem.medizin	Psychotherapeut	sonstige

Diagnosen:	Symptome seit:	
Frühere Behandlungen	Ambulant	stationär

Medikamente:	Suizidalität
Sucht	körperliche Erkrankung

Besiedlung bzw. Infektion mit multiresistenten Erregern Ja Nein

Krankenhausaufenthalt von >3 Tagen in den letzten 6 Monaten Ja Nein

Direkter Kontakt mit Tieren in der Landwirtschaft Ja Nein

Bemerkungen:
