



**Patientenanmeldung Fachklinik**

Telefonisch (02625-31545), per Fax (02625-31546) oder per Mail (info-fksaffig@bbtgruppe.de)

Bitte unbedingt vollständig ausfüllen, nur mit Unterschrift/Stempel Arztpraxis gültig!

Erforderlich zur Anmeldung!

Anmeldedatum:

**Patientendaten** m w d

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 / Psychotherapeut/in**

Arzt: Email Arzt:	Telefon Arzt:
----------------------	---------------

**Behandlungsauftrag (unbedingt vollständig ausfüllen)**

<b>Hauptdiagnose:</b>	
Relevante Nebendiagnose (n):	
Behandlungsauftrag:	
<input type="checkbox"/> Krisenintervention <input type="checkbox"/> Entgiftung erforderlich	
<input type="checkbox"/> Suchterkrankung, wenn ja welche?  <input type="checkbox"/> Anbindung an eine Suchtberatungsstelle:  <input type="checkbox"/> Langzeittherapie beantragt?  <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung erwünscht  <input type="checkbox"/> Einzelzimmer gewünscht	Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät <input type="checkbox"/> Apnoe – Gerät <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Voraufenthalt/e: