



Klinik Wirsberg

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

ANMELDE-FRAGEBOGEN

zurück an Klinik Wirsberg
per Fax: 09227-934-60 oder
email: anmeldung@klinik-wirsberg.de

Name:		Geburtstag:	
Anschrift + Telefonnummer:			
Einweisender Arzt:		Fachrichtung	
Sind Sie außerdem in Behandlung bei einem psychotherapeutischen oder psychiatrischen Fachkollegen, ggf. bei wem und seit wann?			
Einweisungsgrund		Fachdiagnosen:	
Arbeitsunfähigkeit besteht wegen dieser Erkrankung seit:		Haben Sie einen Reha-Antrag gestellt?	
Bestehen derzeit <ul style="list-style-type: none"> - Suizidalität - Selbstverletzung - manische/psychotische Zustände ? 		Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?	
Nehmen Sie Medikamente aus dem Betäubungsmittelbereich? (In der Klinik kann hierfür kein Rezept ausgestellt werden, auch liegt die Verantwortung für die Aufbewahrung während des Aufenthaltes bei Ihnen).		Erhalten Sie ärztlich verordnetes Cannabis?	
Spielen Alkohol oder Drogen im Krankheitsbild eine Rolle bzw. konsumieren Sie dies regelmäßig?		Leiden Sie unter Schlafapnoe bzw. haben Sie ein Apnoegerät für die Nacht?	
Bestehen somatische Vorerkrankungen, wenn ja, welche?			



Klinik Wirsberg

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

ANMELDE-FRAGEBOGEN

zurück an Klinik Wirsberg
per Fax: 09227-934-60 oder
email: anmeldung@klinik-wirsberg.de

Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten (nur im Allergikerpass eingetragen)

Haben Sie ambulante Diagnostik- oder Kontroll-Termine, die in den Zeitraum der klinischen Behandlung hier fallen könnten? Sollte dies der Fall sein, können Sie während des Aufenthaltes hierfür nicht beurlaubt werden. Wenn diese Termine dringend sind, sollten Sie den Aufenthalt bei uns evtl. auf die Zeit nach der Untersuchung verschieben.

Bitte teilen Sie uns ihre gesetzliche Krankenversicherung mit.

Eventuell haben Sie eine private Krankenhaus-Zusatzversicherung, wenn ja, für Ein- oder Zweibettzimmer?

Ihre Angaben werden im Rahmen des Datenschutzes vertraulich behandelt.

Wir bestätigen die Richtigkeit der Angaben und bitten um Übernahme des Patienten in die Warteliste der Klinik Wirsberg.

Datum: _____

Praxisstempel und Unterschrift