

Aufnahmebogen vollstationärer Aufenthalt

DATUM: _____

Bitte ausfüllen und zurückschicken an:

Filderklinik, Abteilung für Psychosomatische Medizin
Im Haberschlag 7 70794 Filderstadt
Telefon- Nr.: 0711/ 7703 - 1071
Telefax Nr.: 0711/ 7703 - 1075
e-mail: psychosomatik@filderklinik.de

Persönliche Daten:

Vor- und Zuname: _____

Geb.-Datum: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E- Mail: _____

Krankenversicherung: _____

Private Zusatzversicherung: _____

zusatzversichert für (bitte ankreuzen): Chefarzt: ____ 1-Bett: ____ 2-Bett: ____

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 (nicht von der gesetzlichen Krankenkasse)

Hat bereits ein stationärer Aufenthalt in der Filderklinik stattgefunden

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

Krankheitsbeginn: _____

Kurze Schilderung der Erkrankung:

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

JA von _____ bis _____

Name des Therapeuten _____

NEIN weil _____

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

JA von _____ bis _____

Name der Klinik/
Abteilung für _____

Anlass _____

von _____ bis _____

Name der Klinik/
Abteilung für _____

Anlass _____

NEIN

Einweisung:

JA Eine Verordnung für Krankenhausbehandlung („**Einweisung**“) 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

Wunschtermin für die stationäre Aufnahme: _____

Eigene Anmerkungen:
