

# Anmeldebogen

Datum \_\_\_\_\_

**Bitte VOLLSTÄNDIG ausfüllen und zurückschicken an:**

**Filderklinik**

Abteilung Psychosomatik

Im Haberschlag 7

70794 Filderstadt

Telefon- Nr.:

0711/ 7703 - 1071

Telefax Nr.:

0711/ 7703 - 1075

E-Mail:

[psychosomatik@filderklinik.de](mailto:psychosomatik@filderklinik.de)

Bitte ankreuzen Ambulant, Tagesklinik oder Vollstationär

<b>Ambulant</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Tagesklinik</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Vollstationär</b>	<input type="checkbox"/>

Wunschtermin Aufnahme: \_\_\_\_\_

**Persönliche Daten:**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E- Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt/Psychiater: \_\_\_\_\_

(einweisender Arzt)

**Krankenversicherung:**

Gesetzliche Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

Mitglied: \_\_\_\_ Familienversichert: \_\_\_\_ Rentner: \_\_\_\_

Private (Zusatz)-Versicherung: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

zusatzversichert für (bitte ankreuzen): Chefarzt stationär: \_\_\_\_ 1-Bett: \_\_\_\_ 2-Bett: \_\_\_\_

Chefarzt ambulant: \_\_\_\_

**Bitte beachten:**

*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 bzw. Zusatzversicherung (nicht von der gesetzlichen Krankenkasse)!*

**Hat bereits ein stationärer Aufenthalt in der Filderklinik stattgefunden?**

NEIN: \_\_\_\_ JA: \_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_

Krankheitsbeginn: \_\_\_\_\_

Kurze Schilderung der Erkrankung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ihr aktuelles Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Name d. Therapeuten/in: \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Name d. Therapeuten/in: \_\_\_\_\_

**NEIN**  weil \_\_\_\_\_

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

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Name d. Klinik: \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Name d. Klinik: \_\_\_\_\_

### Einweisung / Überweisung

**JA**  Eine Einweisung bzw. Überweisung 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**

