



Anmeldeformular für Patienten/innen der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen und der ambulanten Erwachsenenpsychiatrie

Bitte in Blockschrift ausfüllen und mit Ihrer **Versichertenkarte** zum Termin/Eintritt mitbringen.

Voranmeldung **Falleröffnung**

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Lediger Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Zivilstand: _____

Konfession: _____

Heimatort/Nationalität: _____

Adresse (zivil-/steuerrechtlicher Wohnsitz)

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobile: _____

E-Mail: _____

Mit Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erklären Sie sich bereit, medizinische Unterlagen optional über E-Mail zu erhalten.

Kontaktperson:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobile: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Gesetzliche Vertretung:

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon/Mobile: _____

Ich erkläre mit der Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und bin damit einverstanden, dass das behandelnde Spital bei den vorbehandelnden Ärztinnen/Ärzten und Medizinalpersonen die notwendigen medizinischen Informationen einholt und entbinde sie in diesem Umfang von ihrer beruflichen Schweigepflicht. Zudem erkläre ich mich einverstanden, dass der gegenwärtige Behandlungsstatus und gesamte Behandlungsverlauf anhand von Bildmaterial dokumentiert werden kann und erteile die Genehmigung zur Weitergabe sämtlicher zum Zwecke der Kostensicherung und Personalienabklärung notwendigen Daten an die beteiligten Stellen. Die Weitergabe der Daten erfolgt unter Berücksichtigung der Auflagen des Datenschutzes.

Ich nehme zur Kenntnis und willige mit meiner Unterschrift ein, dass mir eine Rechnungskopie über das elektronische Patientenportal zur Verfügung gestellt wird. Die elektronische Zustellung erfolgt mittels Verwendung meiner Emailadresse und Mobilnummer.

ambulant **stationär** **Notfall**

Forensik-KI

Tagespatient/in **regulär**

Einmal-Kons. **Mehrfach-Kons.** **Vorgespräch**

Frühere Behandlung PDT? **JA** **Nein**

Eintrittsdatum-/Zeit: _____

Station: _____

Aufn. beh. Arzt/-Ärztin (SEP-Fälle): _____

ICD-10 Code: _____

Sind minderjährige Kinder zu versorgen? Wie alt ist das jüngste Kind?

Ja Nein Alter jüngstes Kind: _____

Wer bezahlt die Rechnung?

Selbstzahler/in **Krankenkasse**

IV **Fürsorge**

Private Versicherung

Grundversicherung: _____

Ort: _____

Kenn-Nr./AHV-Nr.: _____

Einweisende Stelle: _____

Ort: _____

Hausarzt/-Ärztin: _____

Ort: _____

Beh. Psychiater/in: _____

Adresse/Ort: _____

ambulante Pflege: _____

Adresse/Ort: _____

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche Vertretung