

Aufnahmeformular 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: _____

Kontaktperson:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobile: _____

Gesetzliche Vertretung:

Name/Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobile: _____

Die Patientin/der Patient erklärt mit der Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und sich damit einverstanden, dass die behandelnde Klinik bei den vorbehandelnden Hausärzten, dem behandelnden Psychiater sowie ggf. der ambulanten Pflege die notwendigen medizinischen Informationen einholt und entbindet sie in diesem Umfang von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Bitte leer lassen – wird vom Behandlungsteam ausgefüllt.

ambulant stationär Notfall

Tagespatient/in regulär

Einmal-Kons. Mehrfach-Kons. Vorgespräch

Frühere Behandlung PDT? JA Nein

Behandlung Datum/Zeit: _____

Klinik: _____

Intern. 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