



Anmeldebogen stationäre und tagesklinische Behandlung In der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Per Fax an: +49 (0) 40 7410-55455
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

Datum:	Arzt ZPM:
Patientendaten:	
Name, Vorname (Titel):	Telefon:
	Mobil:
Geb.-Datum:	Dringlichkeit:
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> Sektor <input type="checkbox"/> Forschung <input type="checkbox"/> Innerhalb 2 Tage / sofort <input type="checkbox"/> Innerhalb einer Woche <input type="checkbox"/> Planbar
Adresse:	Einweisender Arzt: Telefon:
Diagnosen:	
Multiresistente Keime: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRGN4 <input type="checkbox"/> MRGN3 <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
<input type="checkbox"/> Stat. Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/> Arztwahl <input type="checkbox"/> nein	
Aufnehmende Station:	
<input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Tagesklinisch	
Sonstige wichtige Informationen:	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Infektionserkrankung <input type="checkbox"/> Suchterkrankung <input type="checkbox"/> Anfallsleiden <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> pflegebedürftiger Pat <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuung <input type="checkbox"/> Dolmetscher notwendig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>