

## Patientenanmeldung zur psychiatrisch stationären Behandlung

<b>Diesen Anmeldebogen bitte nicht für Notfälle verwenden!</b>		<b>Datum:</b> .....
Anmeldende Praxis (Stempel):	Bereich:	
	<input type="checkbox"/> Allgemeinpsychiatrie/Psychotherapie <input type="checkbox"/> Sucht <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrie <input type="checkbox"/> Sonstige: .....	
Patientenanmeldung am Standort:	<input type="checkbox"/> Heiligenhafen <input type="checkbox"/> Kiel <input type="checkbox"/> Lübeck <input type="checkbox"/> Neustadt <input type="checkbox"/> Preetz	Fax: 04362-91-1250 Fax: 0431-7805354 Fax: 0451-300875903 Fax: 04561-611-4153 Fax: 04342-8580081

<b>Patient</b>	<b>Angehörige/r</b> <input type="checkbox"/> <b>Betreuer</b> <input type="checkbox"/>
Name: .....	Name: .....
Adresse: .....	Adresse: .....
Geburtsdatum: .....	Tel.: .....
Tel.: .....	
Hauptdiagnose:	
Der Patient ist mit der Anmeldung und der Antwort durch die jeweilige AMEOS Klinik per Fax ausdrücklich einverstanden.	
Bereich: <input type="checkbox"/> Allgemeinpsychiatrie/Psychotherapie <input type="checkbox"/> Sucht <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrie <input type="checkbox"/> Sonstige: .....	
Mobilität (z.B. im Zimmer mobil, Hilfe bei Transfer, Begleitung WC):	
Rollstuhl: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> Ja → Grad: ..... <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt	
Infektiöser Patient: <input type="checkbox"/> MRE <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> weitere: .....	
Wunschaufnahmedatum:	Unterschrift Patient:

Dieser Bereich ist von den AMEOS Klinika Holstein auszufüllen:	
Zugesagtes Aufnahmedatum:	Station:
Unterschrift AMEOS Klinikum	