

Telefon +49 (0)7662 811 825

Datum:

Hotline:

Email: hotline@vogtsburg.ameos.de

Fax: +49 (0)7662 811 320

Patient: *ggf. Patientenaufkleber*

Name:

Adresse:

PLZ Ort:

Krankenkasse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer zur Aufnahmebestätigung:

Anmelder/Ansprechpartner/Telefon

Name:

Adresse:

PLZ Ort:

Telefonnummer:

Zudem Anruf nach Aufnahme-Terminvereinbarung

direkt mit dem Patienten **Tel.-Nr. des Patienten:** _____

Rückmeldung an die **Suchtberatungsstelle Tel.-Nr. der**

Suchtberatungsstelle: _____

Einweisungsgrund/gewünschte Therapie

- Körperlicher Entzug
 Qualifizierter Alkoholentzug

Sonstige:

Ansprechpartner/ juristischer Betreuer/-in:

Aufnahme/Übernahme des Patienten gewünscht am:

War bereits bei uns stationär:

- ja
 nein

Hauptdiagnose:

Relevante Nebendiagnosen:

- Opioidsubstitution

Krampfanamnese:

- positiv
 negativ

Auszufüllen vom AMEOS Klinikum Kaiserstuhl

Interner Aufnahmetermin: _____

Datum

Unterschrift

- Aufnahmemanager
 QE-Belegung

Stationäre Folgebehandlung geplant:

Ja nein ab wann: _____

Erstellt am / durch	Geprüft am / durch	Freigegeben am / durch	Version bzw. Revision
15.8.2017/Wilkens-Lotis	15.8.2017/Dr. Rengshausen	16.10.2017/Dr. Rengshausen	001/15.8.2017; 002/16.10.2017/6.11.2017 003/31.1.2018 004/27.3.2018 005/21.1.2019