

**Aufnahmebogen Patient/in:**

Bitte ankreuzen vollstationär oder Tagesklinik

<b>Vollstationär</b>		<b>Tagesklinik</b>	
----------------------	--	--------------------	--

**Bitte ausfüllen und zurückschicken an:**

Filderklinik, Abteilung für Psychosomatische Medizin

Im Haberschlag 7 70794 Filderstadt

Telefon- Nr.: 0711/ 7703 - 1071

Telefax Nr.: 0711/ 7703 - 1075

E-Mail: [psychosomatik@filderklinik.de](mailto:psychosomatik@filderklinik.de)

**Persönliche Daten:**

Datum: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E- Mail: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Private (Zusatz)-Versicherung:: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

zusatzversichert für (bitte ankreuzen):    Chefarzt: \_\_\_\_\_    1-Bett: \_\_\_\_\_    2-Bett: \_\_\_\_\_

***Bitte beachten:***

***Wenn Sie gesetzlich versichert sind, aber eine Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte mit Wahlleistungen Chefarzt und Privatzimmer haben oder ganz privat versichert sind, benötigen Sie vor stationärer Aufnahme eine Kostenzusage Ihrer privaten Krankenkasse bzw. Zusatzversicherung (nicht von der gesetzlichen Krankenkasse)!***

Hat bereits ein stationärer Aufenthalt in der Filderklinik stattgefunden

nein: \_\_\_\_\_ ja: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_

Krankheitsbeginn: \_\_\_\_\_

Kurze Schilderung der Erkrankung:

---



---



---



---



---



---

Ich habe schon eine ambulante Behandlung (Psychotherapie) in Anspruch genommen

JA  von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name des Therapeuten \_\_\_\_\_

NEIN  weil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich war schon einmal stationär in einer Klinik für Psychosomatische Medizin und/oder Klinik für Psychiatrie, andere Klinik (**Bitte aktuelle Entlassbriefe diesem Schreiben beifügen!**)

1) JA  von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name der Klinik/  
Abteilung für \_\_\_\_\_

Anlass \_\_\_\_\_

2) JA  von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name der Klinik/  
Abteilung für \_\_\_\_\_

Anlass \_\_\_\_\_

NEIN

**Einweisung:**

JA  Eine Verordnung für Krankenhausbehandlung („**Einweisung**“) vom Facharzt – Psychiater/Neurologe oder Hausarzt liegt vor

NEIN  liegt noch nicht vor, wird aber besorgt

Wurde bei der Rentenversicherung ein Antrag gestellt für eine Reha- Maßnahme?

Ja  wann? \_\_\_\_\_ bewilligt/ abgelehnt (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Nein

Wunschtermin für die stationäre Aufnahme: \_\_\_\_\_

Eigene Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_