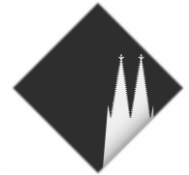


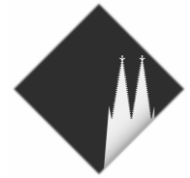
# Aufnahmemeldung Sucht

(Bitte vor Aufnahme an uns zurück schicken. Vielen Dank!)



salus klinik Hürth  
 Aufnahmesekretariat Sucht  
 Willy-Brandt-Platz 1  
 50354 Hürth

|                                                                         |         |                                                                                                                                                                                                            |             |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Name, Vorname</b>                                                    |         | Evtl. Geburtsname                                                                                                                                                                                          |             |
| Straße                                                                  |         | Geburtsdatum                                                                                                                                                                                               |             |
| PLZ                                                                     | Wohnort | Geburtsort                                                                                                                                                                                                 |             |
| Telefon (Festnetz-Nr.)                                                  |         | Familienstand<br><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> geschieden |             |
| Telefon (Mobil-Nr.)                                                     |         |                                                                                                                                                                                                            |             |
| Konfession                                                              |         | E-Mail-Adresse                                                                                                                                                                                             |             |
| Beruf                                                                   |         | ALG I seit                                                                                                                                                                                                 | ALG II seit |
| <b>Name der Bezugsperson / des Angehörigen</b>                          |         | Straße                                                                                                                                                                                                     |             |
| PLZ                                                                     | Ort     | Telefon                                                                                                                                                                                                    |             |
| <b>Vorbehandelnde / Entgiftungs-Klinik</b>                              |         | Straße                                                                                                                                                                                                     |             |
| PLZ                                                                     | Ort     | Telefon                                                                                                                                                                                                    | Fax         |
| <b>Beratungsstelle</b>                                                  |         | Straße                                                                                                                                                                                                     |             |
| PLZ                                                                     | Ort     | Telefon                                                                                                                                                                                                    | Fax         |
| <b>Hausarzt</b>                                                         |         | Straße                                                                                                                                                                                                     |             |
| PLZ                                                                     | Ort     | Telefon                                                                                                                                                                                                    | Fax         |
| <b>Notfallkontakt</b><br><b>Wen sollen wir im Notfall kontaktieren?</b> |         | Tel.-Nr.                                                                                                                                                                                                   |             |
| Name, Vorname                                                           |         | Datum/Unterschrift des Rehabilitanden                                                                                                                                                                      |             |



|                                                                  |                                  |                                                        |                                       |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Arbeitgeber/Jobcenter/Arbeitsagentur</b>                      |                                  | Straße                                                 |                                       |
| PLZ                                                              | Ort                              | Telefon                                                |                                       |
|                                                                  |                                  | Fax                                                    |                                       |
| <b>Betriebsarzt</b>                                              |                                  | Straße                                                 |                                       |
| PLZ                                                              | Ort                              | Telefon                                                |                                       |
|                                                                  |                                  | Fax                                                    |                                       |
| <b>Krankenkasse</b>                                              |                                  | Straße                                                 |                                       |
| PLZ                                                              | Ort                              | Telefon                                                |                                       |
|                                                                  |                                  | Fax                                                    |                                       |
| Krankenversicherungs-Nr.                                         | Gültigkeit                       | Versicherungsstatus                                    |                                       |
| <b>Rentenversicherer</b>                                         |                                  |                                                        |                                       |
|                                                                  |                                  | <input type="checkbox"/> DRV Rheinland                 | <input type="checkbox"/> DRV Bund     |
|                                                                  |                                  | <input type="checkbox"/> sonstige DRV                  |                                       |
|                                                                  |                                  | <input type="checkbox"/> Krankenkasse                  | <input type="checkbox"/> Knappschaft  |
|                                                                  |                                  | <input type="checkbox"/> sonstige (z. B. Selbstzahler) |                                       |
| <b>Betreuer</b>                                                  |                                  | Straße                                                 |                                       |
| PLZ                                                              | Ort                              | Telefon                                                |                                       |
|                                                                  |                                  | Fax                                                    |                                       |
| <b>Aktenzeichen</b>                                              |                                  | <b>Zuständiges Amtsgericht</b>                         |                                       |
| <b>Für welche Bereiche wurde die Betreuung eingerichtet?</b>     |                                  |                                                        |                                       |
|                                                                  |                                  |                                                        |                                       |
| Ich bin                                                          | <input type="checkbox"/> Raucher |                                                        | <input type="checkbox"/> Nichtraucher |
| <b>Falls Sie Raucher sind:</b>                                   |                                  |                                                        |                                       |
| Möchten Sie vom Tag der Aufnahme an das Rauchen einstellen?      | <input type="checkbox"/> Ja      |                                                        | <input type="checkbox"/> Nein         |
| Der Zeitpunkt ist günstig und wir werden Sie dabei unterstützen! | <input type="checkbox"/> Ja      |                                                        | <input type="checkbox"/> Nein         |

Ich bin darüber informiert, dass in der Klinik meine personenbezogenen Daten gespeichert werden. Sie werden in dieser Form ausschließlich innerhalb der Klinik verwendet und weitergegeben. Jede Weitergabe von Daten oder Informationen, die nicht anonymisiert sind, an andere Stellen oder Personen darf nur mit meinem Einverständnis erfolgen.