

# Aufnahmemeldung Psychosomatik

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



salus klinik Hürth  
 Aufnahmesekretariat Psychosomatik  
 Argelès-sur-Mer-Straße 5  
 50354 Hürth

<b>Name, Vorname</b>		Evtl. Geburtsname	
Straße		Geburtsdatum	Geburtsort
PLZ	Wohnort	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	
Telefon (Festnetz-Nr.):		Beruf	
Telefon (Mobil-Nr.):		Konfession	
E-Mail-Adresse		ALG I seit	ALG II seit
<b>Name der Bezugsperson / des Angehörigen</b>		Straße	
PLZ	Ort	Telefon	
<b>Hausarzt</b>		Straße	
PLZ	Ort	Telefon	
<b>Antrag stellender Arzt (falls nicht identisch mit Hausarzt)</b>		Straße	
PLZ	Ort	Telefon	
<b>Vorbehandelnder Psychotherapeut</b>		Straße	
PLZ	Ort	Telefon	



<b>Arbeitgeber</b>		Straße
PLZ	Ort	Telefon

<b>Krankenkasse</b>	Krankenversicherungs-Nr.	
PLZ	Ort	Gültigkeit: <span style="float:right">Versicherungsstatus:</span>

<b>Rentenversicherer</b>	<input type="checkbox"/> DRV Bund	<input type="checkbox"/> sonstige DRV	<input type="checkbox"/> sonstige (Selbstzahler, KK)
--------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--

Ich komme voraussichtlich	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant (keine Übernachtung in der Klinik)
---------------------------	--

Ist es Ihnen möglich, Ihren Therapieplatz auch schon vor dem geplanten Termin kurzfristig innerhalb von 1-2 Tagen anzutreten, wenn unvorhergesehen ein Platz für Sie frei werden sollte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

<b>Grund der Aufnahme / Diagnosen</b> (z. B. Angststörung, Zwänge, Depressionen, Schmerzen usw.):
---

Ich bin	<input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtraucher
---------	---

Falls Sie Raucher sind: Möchten Sie vom Tag der Aufnahme an das Rauchen einstellen? 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 personenbezogene Daten von mir 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.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift