

# Anmeldung zur teilstationären Behandlung

## Praxisinformation

Praxisstempel	Kontakt:
	Telefon:
	E-Mail:

## Tageskliniken

Borken	Gronau
Bottrop	Herne
Coesfeld	Recklinghausen

## Patient:inneninformation

Name:	Vorname:	Geboren:	Geschlecht:
Straße:		Sorgeberechtigte:r	
Ort:		Straße, Ort:	
Krankenkasse:		Telefon:	
Betreuung in Praxis seit:		Lebt bei:	
Anzahl Termine bisher:		Kontakt Jugendhilfe, Familienhilfe, Jugendamt etc.:	

Aktueller Anlass zur Anmeldung (z. B. krisenhafte Zuspitzung, elektive Therapie-Indikation...):

Bisher durchgeführte Diagnostik und Testergebnisse:

(Verdachts-)Diagnose, Symptomverlauf:

Besonderheiten im bisherigen Verlauf, laufende Therapie:

Aktuelle Medikamente:

## Auftrag und Ziel der teilstationären Behandlung aus Sicht:

Von Ihnen:

Patient:in:

Sorgeberechtigte:

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Rücksprache, Tel.:

Bevorzugte Uhrzeit: