

Anmeldeformular Nahtlosverfahren

Paracelsus-Wiehengebirgsklinik - Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen
per FAX: 05472 405-310 oder E-Mail: aufnahme.wiehengebirgsklinik@paracelsus-kliniken.de

AUSGEFÜLLTE RÜCKSENDUNG BITTE INNERHALB VON 3 TAGEN!

gewünschtes Aufnahme datum: _____

Zustimmung des Aufnahme datums: Kontaktaufnahme bzgl. neuem Aufnahme datum:

Diagnose: _____

Besonderes Setting gewünscht: ISOR / Stützen & Fördern / Trauma & Sucht

Begleitete Anreise:

durch Angehörige:

durch Suchtberatungsstelle:

durch ärztliche Verordnung/ Taxischein:

durch Wiehengebirgsklinik:

Der Sozialbericht ist für die Planung und Aufnahme zwingend erforderlich!

Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Kostenträger: _____

Krankenkasse: _____

Rentenversicherungs-Nr.: _____

Krankenhausdaten:

Krankenhaus: _____

Aufenthalt: _____ bis _____

Ansprechpartner: _____

Tel: _____ E-Mail: _____

tel. Kostenzusage erhalten am: _____ Therapiedauer: _____

Sachbearbeiter: _____ Tel: _____

Datum/ Unterschrift: _____