



die
elisabethinen

gesundheit & leben

Krankenhaus der Elisabethinen GmbH
Krankenhaus der Elisabethinen II | Standort Eggenberg

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Prim. Dr. Peter Hlade

Bergstraße 27 | A-8020 Graz

Tel: +43 (0)316 7063-2500 | Fax: -902509

E-Mail: psychiatrie@elisabethinen.at | www.elisabethinen.at

Anmeldebogen: Psychiatrie Allgemein (19.-70. Lj) Station PPA3

Angaben zum Patienten / zur Patient*in:

Familienname/Vorname:	Adresse:
SVNr./Geb.Dat.:	Telefon:
Selbst versichert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn nein, Hauptversicherte*r:	
Sonderklasse: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hausarzt/Hausärzt*in mit Tel. Nr.:
Erwachsenenvertreter*in mit Tel. Nr.:	Facharzt/Fachärzt*in mit Tel. Nr.:
Patient*innenverfügung/ Vorsorgevollmacht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Situation VOR der Aufnahme:

Betreuung durch PSZ: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	MSB: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
laufende Psychotherapie: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo?	

Aktuelle Situation des Patienten / der Patient*in:

Haupt- und Nebendiagnosen, aktueller Anlass für stationäre Aufnahme:

Letzter stationärer Aufenthalt des Patienten / der Patient*in:

Wann? Wo?

Psychiatrische REHA geplant?

ja nein

Wenn ja, wann?

Behandlungsziel:

Wunschtermin (Zeitraum):

<hr/> Zuweisende*r Facharzt / Fachärzt*in	<hr/> Tel.-Nr./Fax-Nr.	<hr/> Ort, Datum	<hr/> Unterschrift
--	---------------------------	---------------------	-----------------------