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
**Anmeldebogen senden an:**
Tel: +43 (0)316 7063-2500 | Fax: -903566
E-Mail: btk@elisabethinen.at

# Anmeldebogen Tagesklinik für Traumafolgestörungen

| **Angaben zum Patienten / zur Patient*in:** | |
|---|---|
| Familienname/Vorname: | Adresse: |
| SVNr./Geb.Dat.: | Telefon: |
| Selbst versichert: ja ☐ nein ☐ Wenn nein, Hauptversicherte*r: | |
| Erwachsenenvertreter*in mit Tel. Nr.: | Hausarzt, Hausärzt*in mit Tel. Nr.: |
| Patient*innenverfügung/<br>Vorsorgevollmacht: ja ☐ nein ☐ | Facharzt, Fachärzt*in mit Tel. Nr.: |
| | Psychotherapeut*in /Psycholog*in: |

## Aktuelle Situation des Patienten / der Patient*in:

Haupt- und Nebendiagnosen, aktueller Anlass für die Tagesklinik-Aufnahme:

## Letzter stationärer Aufenthalt des Patienten / der Patient*in:

Wann? Wo?

**Behandlungsziel:**

**Wunschtermin (Zeitraum):**

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