



die
elisabethinen

gesundheit & leben

Krankenhaus der Elisabethinen GmbH

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Prim. Dr. Peter Hlade

Tagesklinik für Traumafolgestörungen

Elisabethinergasse 14 | A-8020 Graz

Anmeldebogen senden an:

Tel: +43 316 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/ 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