



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](mailto:psychiatrie@elisabethinen.at) | [www.elisabethinen.at](http://www.elisabethinen.at)

### Aufnahmeantrag: Psychiatrie Allgemein (19.-70. Lj) im Krankenhaus der Elisabethinen

Angaben zum Patienten / zur Patientin:	
Familienname/Vorname:	Adresse:
SVNr./Geb.Dat.:	Telefon:
Selbst versichert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn nein, Hauptversicherter:	
Sonderklasse: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Hausarzt/Hausärztin mit Tel. Nr.:
Erwachsenenvertreter/in mit Tel. Nr.:	Facharzt/Fachärztin mit Tel. Nr.:
Patientenverfügung/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 Patientin:

Haupt- und Nebendiagnosen, aktueller Anlass für stationäre Aufnahme:

#### Letzter stationärer Aufenthalt des Patienten / der Patientin:

Wann? Wo?

#### Psychiatrische REHA geplant?

ja  nein

Wenn ja, wann?

#### Behandlungsziel:

#### Wunschtermin (Zeitraum):

Zuweisende/r Fachärztz/in	Tel.-Nr./Fax-Nr.	Ort, Datum	Unterschrift