

Liebe Kolleg*innen,

Sie haben sich für Ihren Patienten, für eine Behandlung im Zentrum für Integrative Psychiatrie am Campus Kiel entschieden. Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns.

Bitte senden Sie uns schnellstmöglich das *Anmeldeformular Allgemein für Externe Zuweiser* zu, damit wir mit dem Aufnahmeprozess beginnen können, bzw. die mögliche Aufnahme prüfen können.

Zusätzlich benötigen wir von dem Patienten den *Allgemeinen Aufnahme-/ Anmeldefragebogen für Patienten* ausgefüllt und zugesandt.

Bitte senden Sie alle Unterlagen an unser **Belegungsmanagement**. Für Rückfragen stehen wir Ihnen auch gerne telefonisch zur Verfügung unter **Tel.: 0431-500 98550**.

Herzlichen Dank

Ihr Team des Belegungsmanagements

Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH

Belegungsmanagement

Niemannsweg 147

24105 Kiel

E-Mail: belegungsmanagement.zip.kiel@uksh.de

Fax: 0431 500-19998550

1. Angaben zur Person

Herr Frau divers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße : _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer (tagsüber): _____

E-Mail: _____

Patient war bereits im Zentrum für Integrative Psychiatrie in Behandlung:

nein ja Wenn ja, wann: _____

2. Einweisender/überweisender Therapeut/Arzt

Name, Vorname: _____

Arzt/Therapeut*in: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

3. allgemeine Anamnese

Gewicht: _____

Größe: _____

Patient: _____

Geb. Datum: _____

Pflegegrad nein ja, welcher _____

Behinderung nein ja, körperliche Einschränkungen? _____

Suchterkrankung nein ja, welche? _____

Menge Alkoholkonsum und/ oder THC Konsum: _____

4. Behandlungswunsch/ Behandlungsanfrage

Diagnosen: _____

Behandlungsauftrag: _____

Stationäre Behandlung Teilstationäre Behandlung

Vorbefund(e) Arztbrief(e) Einweisungsschein (liegt bei)

5. Anmeldung Arzt/ Therapeut*in

Datum, Unterschrift

6. Erklärung zur Anmeldung (vom Patienten zu unterschreiben)

Ich bin damit **einverstanden, dass meine Daten im System des Zentrums für integrative Psychiatrie ZIP gGmbH verarbeitet und zum Zweck der Behandlung gespeichert werden** dürfen. Ich habe die entsprechenden **Informationen zu Datenverarbeitung und Datenschutz für Patienten** gelesen, die diesem Schreiben beilag.

Hinweis zum Recht auf Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich das Einverständnis freiwillig abgebe und dieses von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich teilweise oder insgesamt widerrufen werden kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht berührt.

Datum, Unterschrift

Ich habe den Fragebogen sorgfältig gelesen und wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Datum, Unterschrift