

Name, Vorname: _____

weiblich männlich divers

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Emailadresse: _____

Anschrift: _____

Anmeldung für: stationär teilstationär

Diagnoseschwerpunkte:

weitere Hinweise:
(körperliche / kognitive Einschränkungen)

- Rücksprache erbeten
- Befunde beigefügt
- Bitte um Rückmeldung, wenn der/die Patient*in nicht aufgenommen werden kann.

Hinweis: Wir versenden innert eines Tages nach Erhalt dieser Zuweisung an die Patientin, an den Patienten unsere Anmeldeunterlagen. Sollte sich die Patientin, der Patient nicht innert vier Wochen bei uns zurückmelden, muss er/sie sich erneut über Sie bei uns anmelden.

Bitte senden an:
Zentrum für Integrative Psychiatrie, Patientenmanagement (stationär / teilstationär)
Tel:0431/ 500-98550 | Fax: **0431 500-19998550**
Niemannsweg 147, 24105 Kiel

Anmeldende/r Arzt*in/Therapeut*in: **X** _____

Telefonnummer Arzt*in: _____

Emailadresse für Rückmeldung: _____

Stempel:

Bearbeitet:	Kohlhase-Zöllner, Benjamin - 15.02.2021	Geprüft und freigegeben:	Nedderhoff, Annette - 22.02.2021
-------------	---	--------------------------	----------------------------------