

Für die psychosomatische Tagesklinik Haus B20 der ZIP gGmbH,  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck  
Tel.: 0451 500-98888  
Fax: 0451 500-98774

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Tel.: .....

E-Mail:.....

Anschrift: .....

**Folgende Problembereiche/Symptome stehen im Vordergrund:**

**Behandlungsziele:**

**Lebenslauf (Ausbildung, berufliche Entwicklung, private Situation):**

**Behandlungsvorgeschichte (ambulante/stationäre/teilstationäre Behandlungen):**

**Behandlung in der PIA:**             ja             nein

**Behandelnde/r Therapeut\*in in der PIA:** .....

**Gewünschter Aufnahmezeitpunkt:**

- sofort
- flexibel
- Vorlauf von \_\_\_\_ Wochen

Datum: .....

Unterschrift: .....