



Prof. Dr. med. M. Weisbrod  
Leitender Arzt  
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie  
SRH-Klinikum Karlsbad  
Guttmanstr. 1  
76307 Karlsbad  
Fax-Nr. 07202-61-6399

**Prof. (apl.) Dr. M. Weisbrod**  
**Ärztlicher Leiter Abteilung**  
**für Psychiatrie und Psychotherapie**  
Guttmanstr. 1  
76307 Karlsbad-Langensteinbach  
Telefon +49 (0) 7202 61-6300, -6301  
Telefax +49 (0) 7202 61-6399  
[Psychiatrie.Sekretariat.kkl@srh.de](mailto:Psychiatrie.Sekretariat.kkl@srh.de)

**Anmeldung zur psychiatrischen tagesklinischen  
Krankenhausbehandlung gemäß §39 SGB V**

Patientenname, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße / Hausnr.:

PLZ / Wohnort:

**Telefonnummer:**

E-Mail:

Aufnahme möglich ab .....

Ansprechpartner Praxis/ Klinik

Name / Station (Abtlg.):

Telefonnummer:

Faxnr.:

email:

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift und Stempel

## **Medizinische Angaben**

Diagnose(n): (ICD 10):

Ersterkrankung im Jahr: .....

Aktuelle Symptomatik/ Syndrom:

Aktuelle Medikation:

### Indikation für stationäre Behandlung

- Schwere der Symptomatik  ambulante Maßnahmen ohne Erfolg  
 Behandlungsziel nur im multimodalen stationären Setting erreichbar

- Bisherige Behandlung  stationär in .....  
 teilstationär in .....  
 ambulant

- Substanzmissbrauch  Abhängigkeitserkrankung  
 Alkohol  Medikamente  illegale Drogen  unklar  keine

- selbstverletzendes Verhalten  ja  nein  unklar  
fremdaggressives Verhalten  ja  nein  unklar  
Suizidalität  keine  akut  chronisch

Suizidversuche in der Vorgeschichte:  ja  nein

## **Soziale Angaben**

- ledig  verheiratet  getrennt/geschieden  in Partnerschaft  
 lebt mit Familie/Kindern  lebt allein  lebt in Institution

Krankenkasse  pflichtversichert  privat  privat mit stationärer  
Chefarztbehandlung

Ausbildung/Studium  begonnen  abgeschlossen  abgebrochen

Arbeitsplatz  vorhanden  nicht vorhanden

Berentung  ja  nein  beantragt

Gesetzl. Betreuung  ja  nein  beantragt

### **Wichtig:**

**Wir bitten um vollständige Übermittlung der Patientenanschrift inkl. Telefonnummer des Patienten.**

**Außerdem bitten wir Sie dieser Anmeldung eine „Verordnung zur Krankenhausbehandlung“ beizulegen (auch gerne per Fax)**

### **Sonstiges**