



**SRH Klinikum
Karlsbad-Langensteinbach**

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Prof. Dr. med. Ph. A. Thomann MHBA
Abteilung für Psychiatrie und
Psychotherapie
Chefarzt

Telefon +49 (0)7202-61-6300 /-6301
Telefax +49 (0)7202-61-6399

20.02.2024

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, sehr geehrte Eltern,

Es besteht Interesse an einer Vorstellung in unserem **Transitionszentrum**.

Im Anhang übersenden wir Ihnen einen Fragebogen, mit der Bitte uns diesen ausgefüllt zurückzusenden an:

SRH Klinikum Karlsbad
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Guttmanstr. 1
76307 Karlsbad

oder per Mail an: transitionszentrum.kkl@srh.de

Wir werden Sie für die weitere Terminvergabe kontaktieren.

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Fragebogen zur Anmeldung für Transitionszentrum Karlsbad

Persönliche Daten und Kontaktdaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift/Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Gesetzliche Betreuung: ja/nein:

Falls ja: Betreuer _____

Verwiesen von (Arzt/ Psychotherapeut): _____

Krankenversicherung: _____

Gesetzlich versichert: ja/nein oder privat versichert: ja/nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kommunikation per E-Mail und telefonisch aus Datenschutzsicht generell als unsicher einzustufen ist. Daher möchten wir Sie fragen, ob wir Sie für Terminabsprachen und Rückfragen per E-Mail kontaktieren dürfen, oder ob Sie es bevorzugen, dass wir Ihnen die Einladung zum Termin per Post zuschicken?

Ich stimme der Kontaktaufnahme per E-Mail ausdrücklich zu: ja/nein

Ich stimme der Kontaktaufnahme per Telefon ausdrücklich zu: ja/nein

Medizinische Daten:

Aktuelle Beschwerden (bitte frei beschreiben):

Zeitpunkt (Monat/Jahr) und Dauer der Erkrankung:

Stationäre Aufnahme erforderlich? (ja/nein)