



Prof. Dr. med. M. Weisbrod  
Ärztlicher Leiter  
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie  
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach  
Guttmannstr. 1  
76307 Karlsbad

**SRH Klinikum  
Karlsbad-Langensteinbach**

**Prof. (apl.) Dr. M. Weisbrod**  
Ärztlicher Leiter Abteilung  
für Psychiatrie und Psychotherapie

Telefon +49 (0) 7202 61-6300, 6301  
Telefax +49 (0) 7202 61-6399  
Psychiatrie.Sekretariat.kkl@srh.de

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

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße / Hausnr.:

PLZ / Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Aufnahme möglich ab:

### Ansprechpartner Praxis/ Klinik

Name / Station (Abteilung):

Telefonnummer:

Faxnummer.:

E-Mail:

-----  
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

- Alkohol                       Medikamente

### Abhängigkeitserkrankung

- 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