



Prof. Dr. med. Ph. A. Thomann, MHBA  
Chefarzt Abteilung für  
Psychiatrie und Psychotherapie  
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach  
Guttmanstr. 1  
76307 Karlsbad

**SRH Klinikum  
Karlsbad-Langensteinbach**

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

Telefon +49 (0) 7202 61-6300  
-6301/-6302

**Telefax +49 (0) 7202 61-6399**  
Psychiatrie.Sekretariat.kkl@srh.de

## Anmeldung zur psychiatrischen Krankenhausbehandlung gemäß §39 SGB V

stationär

tagesklinisch

*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

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:

Körpergröße:

Körpergewicht:

## 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

**Bitte Vorbefunde mit Genehmigung des Patienten dieser Anmeldung beifügen.**

- 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 (bitte mit der Anmeldung die Einweisung zusenden)**

**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).**