

## Anmeldeformular für Einweisende

Wir bitten um Übermittlung dieses Formulars (mit evtl. vorhandenen Vorbefunden und Medikamentenplan)

**bevorzugt per KIM-Mail** an: [fhk-stationaer.260830413@i-motion.kim.telematik](mailto:fhk-stationaer.260830413@i-motion.kim.telematik)

oder per Fax an 07661 – 392145 /

oder per Post: Friedrich-Husemann-Klinik, Arztsekretariat, Friedrich-Husemann-Weg 8, 79256 Buchenbach

<b>Nachname</b>	<b>Vorname</b>
Straße	PLZ / Wohnort
Geburtsdatum / Geschlecht	Telefon (Festnetz / Handy)
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	Krankenversicherung Name/Anschrift
Wahlleistungszimmer gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja: <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> private (Zusatz)-Versicherung
Diagnosen / Symptomatik	
Psychiatrische/psychotherapeutische Vorberichte im Anhang	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Medikamentenplan	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Die Zustimmung zur Anmeldung und Datenübermittlung des/der Patienten/Patientin liegt vor.	
<b>Klinik/Praxis:</b>	
Stempel (bei Fax- oder Postversand) zuständige/r Arzt/Ärztin zuständige/r psychol. Psychotherapeut*in	
Unterschrift	
Telefon-Durchwahl	
Praxis-Mail	

*Wir nehmen telefonisch bzw. per KIM-Mail Kontakt auf, um noch offene Fragen zu klären, bzw. über eine Aufnahme in unsere Warteliste zu informieren.*