

GLASHAUSKLINIK®

Psychiatrische
Tagesklinik

Anmeldung / Zuweisung

(Wenn vorhanden bitte das Zuweisungsschreiben beilegen)

Patienten-Angaben / Patientenetikette

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse / Nr.

PLZ / Ortschaft

Telefon

Mobil

Versicherung

Name der Versicherung

Versicherungsnummer

Allgemein

Halbprivat

Privat

Medizinische Informationen

Hauptdiagnose

Nebendiagnosen

Behandlungsziel

GLASHAUSKLINIK®

Psychiatrische
Tagesklinik

Medikamentenliste

Medikamentennamen und Dosierung

Dringlichkeit

Sofort

Per Datum: _____

Name und Adresse Zuweiser/in

Stempel und Unterschrift