

An das  
Sekretariat Tagesklinik Haus Mühle  
Dr. von Ehrenwall'sche Klinik  
Walporzheimer Str. 2

53474 Ahrweiler

Betr.: **Anmeldung zur teilstationären Behandlung**  
vom Arzt auszufüllen

<b>Name:</b>		<b>Geb.-Name:</b>
<b>Vorname:</b>		
<b>Geb.Dat.:</b>		
<b>Straße + Hausnummer:</b>		
<b>PLZ + Ort</b>		
<b>Beruf:</b>		<b>Telefon:</b> <b>Handy-Nr.:</b>
<b>Krankenkasse bzw. private Versicherung:</b>		
<b>E-Mail Adresse (falls bekannt):</b>		
<b>Staatsangehörigkeit</b>		<b>Ausreichend deutschsprachig:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Stationär- psychiatrische Behandlungen</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wann und wo?
<b>Laufende ambulante Psychotherapie?</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Name des Therapeuten:	
<b>Ambulanter Psychotherapieplatz in Aussicht?</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Name des Therapeuten:	
<b>Facharztbehandlung?</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Name des Therapeuten:	
<b>Gesetzliche Betreuung:</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Name des Betreuers:	
(bitte Kopie der Urkunde mitbringen)		

