

Anmeldebogen



Name		Vorname		Geburtsdatum	
Biologisches Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>					
Gewünschte Anrede: Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Ungegendert/nicht-binär <input type="checkbox"/>					
Tel.			E-Mail		
PLZ		Wohnort		Straße	
Chefarztbehandlung ambulant über Privat- oder Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Aktuell Patient*in ZiP Reichenau/Konstanz/Singen, PBZ Waldshut <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Wenn ja, welche Station/Tagesklinik/Ambulanz?					
Hausarzt/ Hausärztin		Psychiater:in			
		Psychotherapeut:in			

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Nach Erhalt des Bogens melden wir uns baldmöglichst bei Ihnen.

Mit der Unterschrift unter diesem Anmeldebogen erklären Sie, dass Sie einverstanden sind

- dass Ihre personenbezogenen Daten zum Zwecke der Therapieplanung gespeichert werden
- dass Ihre E-Mail-Adresse zur Terminvereinbarung und für organisatorische Zwecke genutzt wird (die Kommunikation über E-Mail erfolgt unverschlüsselt und ist mit Risiken verbunden)

Bitte beachten Sie, dass unsere Terminplanung über Microsoft Outlook erfolgt. Sollte das für Sie technisch nicht möglich sein, benachrichtigen Sie bitte unser Sekretariat.

Bitte bringen Sie zum ersten ambulanten Termin Ihre Krankenversicherungskarte, eine ärztliche Überweisung an die PIA (Psychiatrische Institutsambulanz) und alle vorliegenden Befunde mit.

Datum Ort Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!

Bitte schicken Sie diesen Anmeldebogen per E-Mail, Fax oder Post an das

Zentrum für Psychiatrie Reichenau - Sekretariat SINOVA, Feursteinstraße 55, 78479 Reichenau
Fax 07531 977-8500, E-Mail: Sekretariat-SINOVA@zfp-reichenau.de

Unter <https://www.zfp-reichenau.de/fachgebiete/psychosomatik/> finden Sie ausführliche Informationen über die Stationen, die Ambulanzen und unsere Tageskliniken.