

Anmeldeformular Zentrum für Psychosomatik

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Geschlecht: weiblich männlich divers
Telefon: E-Mail:
Strasse / Nr.: PLZ / Ort:
Krankenkasse: Police Nr.:
Sprache: Anmeldedatum:
Zusatzversicherung für Komplementärmedizin / HMO-Model (Hausarztmodel) ja nein

GRUND DER ANMELDUNG

.....
.....

BESCHREIBUNG DER SYMPTOME

.....
.....

AKTUELLE MEDIKATION

.....
.....

ZUWEISUNG

Selbstzuweisung Zuweisung durch:

WURDE BEREITS EINE AMBULANTE PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG DURCHGEFÜHRT?

Nein Ja, früher bei:

Ja, ich befinde mich aktuell immer noch in ambulanter psychiatrischer Behandlung bei:

.....

STATIONÄRE BEHANDLUNG

Nein Ja, bei:

Bitte beachten Sie, dass folgende Spezialsprechstunden in unserem Ambulatorium in Kilchberg angeboten werden. (Psychosen, Bipolar I Störung, Abhängigkeitserkrankungen, gerontopsychiatrische Erkrankungen, Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen).