



**SRH Klinikum
Karlsbad-Langensteinbach**

**Prof. Dr. med. Ph. A. Thomann
Chefarzt Abteilung für
Psychiatrie und Psychotherapie**

**Dr. med. S. Lang
Leitender Oberarzt
Psychiatrische Institutsambulanz
Telefon +49 (0) 7202 61-3301
Telefax +49 (0) 7202 61-6117
Transitionszentrum.kkl@srh.de**

11.10.2024

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, sehr geehrte Eltern,

Es besteht Interesse an einer ambulanten Vorstellung in unserem **Transitionszentrum**.

Im Anhang übersenden wir Ihnen einen Fragebogen, mit der Bitte uns diesen ausgefüllt zurückzusenden an:

SRH Klinikum Karlsbad
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Guttmannstr. 1
76307 Karlsbad

oder per Mail an: transitionszentrum.kkl@srh.de

Wir werden Sie für die weitere Terminvergabe kontaktieren.

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Fragebogen zur Anmeldung für Transitionszentrum Karlsbad

Persönliche Daten und Kontaktdaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift/Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Gesetzliche Betreuung: ja/nein:

Falls ja: Betreuer _____

Verwiesen von (Arzt/ Psychotherapeut): _____

Krankenversicherung: _____

Gesetzlich versichert: ja/nein oder privat versichert: ja/nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kommunikation per E-Mail und telefonisch aus Datenschutzsicht generell als unsicher einzustufen ist. Daher möchten wir Sie fragen, ob wir Sie für Terminabsprachen und Rückfragen per E-Mail kontaktieren dürfen, oder ob Sie es bevorzugen, dass wir Ihnen die Einladung zum Termin per Post zuschicken?

Ich stimme der Kontaktaufnahme per E-Mail ausdrücklich zu: ja/nein

Ich stimme der Kontaktaufnahme per Telefon ausdrücklich zu: ja/nein

Medizinische Daten:

Aktuelle Beschwerden (bitte frei beschreiben):

Zeitpunkt (Monat/Jahr) und Dauer der Erkrankung:

Stationäre Aufnahme erforderlich? (ja/nein)