

Formbogen bei teilstationärer Therapie

Liebe Klientin, lieber Klient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer teilstationären Therapie in der **sysTelios Tagesklinik**. Wir sind die private Akutklinik für psychosomatische Gesundheitsentwicklung und Psychotherapie mit der hypnosystemischen Grundhaltung.

Um Ihre Therapie gut vorbereiten zu können, bitten wir Sie, diesen Formbogen vollständig auszufüllen. Bei Fragen ist unser Aufnahmeteam gern für Sie da: **Telefon +49 6207 9249-0** (Montag bis Freitag, 8.00 bis 16.30 Uhr)

Angaben zur Person

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Bitte hier aktuelles Foto einfügen
Frau	Herr	ohne Anrede	Titel	
<input type="text"/>				
Vorname				
<input type="text"/>				
Nachname				
<input type="text"/>				
Straße + Hausnummer				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postleitzahl	Ort	Land		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand		
<input type="text"/>				
Beruf				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail	Mobiltelefon	Festnetz		

Angaben zum Versicherungsstatus

Private Krankenversicherung

Versicherung

Straße + Hausnummer

Telefon

Nein, trifft nicht zu

Versicherungsnummer

Postleitzahl Ort

Fax

Beihilfeberechtigung

Ich bin beihilfeberechtigt zu Prozent

Beihilfestelle

Straße + Hausnummer

Telefon

Nein, trifft nicht zu

Personalnummer

Postleitzahl Ort

Fax

Gesetzliche Krankenversicherung

Versicherung

Straße + Hausnummer

Telefon

Nein, trifft nicht zu

Versicherungsnummer

Postleitzahl Ort

Fax

Selbstzahlerin oder Selbstzahler

Nein, trifft nicht zu

Ich trage die Kosten selbst

mit Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung

Sonstige Informationen zu Ihrem Versicherungsstatus

(zum Beispiel Mitversicherung bei anderen Personen)

Angaben zum Behandlungsstatus

Ambulante therapeutische Begleitung im Vorfeld (hausärztlich, psychotherapeutisch oder ähnlich)

 Nein, trifft nicht zu

Praxis für ...

Titel + Vorname + Nachname

Straße + Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Einweisende Fachärztin oder einweisender Facharzt

Fachärztin/Facharzt für ...

Titel + Vorname + Nachname

Straße + Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Angaben zu einer Person Ihres Vertrauens Bitte benachrichtigen Sie:

Vorname + Nachname

Straße + Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Mobiltelefon

Festnetz

Haben Sie Fragen?

Unser Aufnahmeteam ist gern für Sie da: Montag bis Freitag von 8.00 bis 16.30 Uhr. In den Abendstunden, am Wochenende und an gesetzlichen Feiertagen nimmt unser Empfang Ihren Rückrufwunsch gern entgegen.

Telefon +49.6207.9249-0

Fax +49.6207.9249-295

aufnahme@sysTelios.de

sysTelios Klinik
Am Tannenbergr 17
69483 Wald-Michelbach
Deutschland

Anfahrt [g.page/sysTelios](https://www.sysTelios.de/aufnahme)

www.sysTelios.de/aufnahme