

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

53474 Ahrweiler

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

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

