

Anfrage einer tagesklinischen Behandlung am: _____

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	
Email:	
Telefonnummer:	
Hausarzt:	
Nervenarzt:	Letzter Termin:
Betreuer:	

Folgende Problembereiche/Symptome stehen im Vordergrund:

Bekannte psychiatrische Diagnosen:

Behandlungsvorgeschichte bzw. aktuelle Anbindungen (ambulant/stationär/teilstationär):

Nach Eingang werden wir Ihre Anfrage bearbeiten und uns bei Ihnen melden, sobald wir Ihnen ein Termin für ein Vorgespräch anbieten können.

Wichtig: Bitte melden Sie sich 1 Woche vor Ihrem Vorgespräch bei uns, um Ihren Termin verbindlich zu bestätigen, da ansonsten Ihr Vorgesprächstermin storniert wird.

Kreisklinikum Siegen GmbH, Zentrum für seelische Gesundheit ®Tagesklinik® - Grube Neue Haardt 1, 57076 Siegen - Telefonnummer: 0271 7051961 - E-Mail: tagesklinik@klinikum-siegen.de