

**Formular**

Dieser Bogen dient der Vorbereitung eines von Ihnen gewünschten Gesprächstermins. Die Daten werden zur Vorbereitung des Termins verwendet und sind Teil der Behandlungsakte, sofern der Termin bzw. eine weitere Behandlung stattfindet. Mit der Zusendung des ausgefüllten Bogens erklären Sie sich mit der Datenvereinbarung einverstanden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit von Ihnen für die Zukunft widerrufen werden. Sollte der Gesprächstermin nicht zustande kommen, wird der Fragebogen von uns datenschutzkonform entsorgt.

<b>Name/Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Anschrift:</b>	
<b>Email:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>Hausarzt:</b>	
<b>Nervenarzt:</b>	<b>Letzter Termin:</b>
<b>Betreuer:</b>	

**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 <sup>®</sup>Tagesklinik<sup>®</sup> - Grube Neue Haardt 1, 57076 Siegen -  
Telefonnummer: 0271 7051961 - E-Mail: [tagesklinik@klinikum-siegen.de](mailto:tagesklinik@klinikum-siegen.de)**

**Vom Personal auszufüllen:**

<b>Datum Eingang des Bogens:</b>	<b>Vorgesprächstermin:</b>
----------------------------------	----------------------------