**Rehabilitation am Husarentempel**

2340 Mödling, Husarentempelgasse 3

Tel: 01/88010-5200

Fax: 01/88010-95200

e-mail: getrude.thil-eicher@api.or.at

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung zur Aufnahme – Rehabilitation am Husarentempel** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Nachname** | **Vornamen** | | **Geburtsdatum** | | **SV-Nr.** |
|  |  | |  | |  |
| **Adresse** | | | **Telefon** | | **Krankenkasse** |
|  | | |  | |  |
| **Nationalität** | **Familienstand** | | **Kinder** | |  |
|  |  | |  | |  |
| **Mitversichert bei (Name, SV-Nr./Geburtsdatum):** | | | | | |
|  | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zuweisende Einrichtung/BetreuerIn:** | | **Telefon** | | **Fax** | **Mail** |
|  | |  | |  |  |
| **Behandelnde/r Ärztin/Arzt** | | **Telefon** | | **Fax** | **Mail** |
|  | |  | |  |  |
| **Psychiatrische / Somatische Diagnosen:** | | | | | |
|  | | |  | | |
| **Aktuelle Medikation (Substitution/psychiatrisch/somatisch) / Konsumverhalten:** | | | | | |
|  | | |  | | |
| **Bisherige Behandlungen/Betreuungen (ambulant und/oder stationär):** | | | | | |
|  | | |  | | |
| **Soziale Situation:** | | | | | |
| Wohnsituation: | Gesichert:  Nicht gesichert: | | | | |
| Schule/Ausbildung/Beruf: | Abgeschlossen:  Abgebrochen: | | | | |
| Einkommen: |  | | | | |
| Behandlungsweisung (§): |  | | | | |
| Bewährungshilfe: | ja  nein | | | | |
| **Sonstige behandlungsrelevante Mitteilungen:** | | | | | |
|  | | | | | |

**Eine stationäre Aufnahme ist erst nach Vorliegen einer schriftlichen Bestätigung der bewilligten Übernahme für die Behandlungskosten möglich.**