

Anmeldeformular Psychosomatische Sprechstunde

Patientendaten

Nachname _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ w m
Adresse _____

Kontaktdaten

Mutter *Tel.* _____ *mobil* _____
Vater *Tel.* _____ *mobil* _____
Vormund *Tel.* _____ *mobil* _____
E-Mail _____

Personensorge

beide Elternteile nur Mutter Vormund
 nur Vater Name: _____

Symptomatik

Diagnose(n)

Bisher durchgeführte somatische Diagnostik

keine
 wenn ja, welche: _____

Medikation

Dringlichkeit

niedrig mittel hoch

Bedarfseinschätzung

ambulant tagesklinisch stationär

Anmeldung am _____

durch _____

(Stempel)

Station KIPS

Tel.: 0241 80-36670

Oberärzte

Dr. med. Claudia Stollbrink-Peschgens
Dr. med. Georg von Polier

Leitender Psychologe

Dr. phil. Michael Simons

Psychotherapeutin

Dr. Rebecca Küpper, M.Sc.

Stationsärztinnen

Sophie Altdorf
Dr. med. Annette Deckwart

FAX-Nummer: 0241-80-3335492

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Herbert Pfennig

Vorstandsvorsitzender
Prof. Dr. med. Thomas H. Ittel

Kaufmännischer Direktor
Dipl.-Kfm. Peter Asché

Sparkasse Aachen · BIC: AACSD33
BLZ: 390 500 00 · Kto.: 13 004 015
IBAN: DE27 3905 0000 0013 0040 15
Commerzbank AG · BIC: DRESDEFF390
BLZ: 390 800 05 · Kto.: 203 309 400
IBAN: DE79 3908 0005 0203 3094 00
USt-IdNr.: DE813100566