

Datum:

Aufnahme-Management
Maria-Himmelfahrt-Str. 1b
51067 Köln
Tel: 0221-82 95 83-64
info@koeln-ring.de
www.koeln-ring.de

Köln-Ring gGmbH | An St. Heinrich 1 | 50679 Köln

Anmeldebogen – Fachärztin*Facharzt

Allgemeine Angaben

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Diagnose: _____

Bestand bei der*dem Patient*in eine Alkohol-/Medikamenten- und/oder Drogenabhängigkeit?

Besteht, wenn ja, noch eine Neigung? _____

Dauer und Häufigkeit der bisherigen psychiatrischen Behandlung:

Wie sieht die aktuelle Medikation aus?

Wie ist der Umgang mit den verordneten Medikamenten?

Ist der*die Patient*in krankheitseinsichtig? Ja ☐ Nein ☐
(bitte ankreuzen)

Gibt es Auswirkungen der psychischen Erkrankung(en)?:

Besteht eine gesetzliche Betreuung? Ja ☐ Nein ☐
(bitte ankreuzen)

Im Falle von ja, in welchen Bereichen?

Bestehen behördliche Auflagen? Ja ☐ Nein ☐
(bitte ankreuzen)

Ihre ärztliche/pädagogische Stellungnahme zur Notwendigkeit der angestrebten
Maßnahme(n) und Prognose(n):

Ort/ Datum: _____

Unterschrift/Stempel: _____