

**LWL-Tagesklinik Gütersloh**  
**Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik**

Eingang:

**Hermann-Simon-Straße 8**  
**Telefon: (05241) 502 2443**

der LWL-Klinik Gütersloh  
Psychiatrie ■ Psychotherapie ■ Psychosomatik  
■ Neurologie ■ Innere Medizin

**Vermittlung: (05241) 5020**

Anmeldung zum Informationsgespräch in der Tagesklinik

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Geburtsname : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Wohnsituation: \_\_\_\_\_

(allein lebend, bei \_\_\_\_\_

der Familie lebend, \_\_\_\_\_

sonstiges) \_\_\_\_\_

Beruf : \_\_\_\_\_

Arbeitsstelle : \_\_\_\_\_ (ja / nein) Nichtzutreffendes bitte streichen.

überweisende \_\_\_\_\_

Stelle: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ambulante/Station.: \_\_\_\_\_

Vorbehandlung(en) \_\_\_\_\_

ggf. Betreuer : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Betreuung umfaßt : \_\_\_\_\_

Krankheitsbild : \_\_\_\_\_

(kurzer Verlauf in \_\_\_\_\_

Stichworten) \_\_\_\_\_

Diagnose : \_\_\_\_\_

Medikation jetzt : \_\_\_\_\_

Zielvorstellung für \_\_\_\_\_

die TK-Behandlung: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

⇓(Nicht ausfüllen, zum internen Gebrauch)

TK-Aufnahmegespräch am \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ Durchgeführt von: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Patient informiert: \_\_\_\_\_

TK-Aufnahme am: \_\_\_\_\_ Bemerkungen: \_\_\_\_\_