

Anmeldung zur Klinik für Erkrankungen der Atmungsorgane

Gültigkeitsbereich: GeBO

Angaben zum/r Patienten/in

Name Vorname w m d
Geburtsdatum Staatsangehörigkeit:
Anschrift (gewöhnlicher Aufenthalt):

Bundesland:

Einweisende Stelle:

Gesundheitsamt Klinik sonstige Stelle
Bezeichnung/Ort:
Anschrift:

Ansprechpartner:

Telefon / Fax:

Zuständiges Gericht

Bezeichnung/Ort:

Anschrift:

Ansprechpartner (Richter) :

ggf. Telefon / Fax:

Unterbringungsbeschluss (IfSG): Liegt bereits vor Ist/wird beantragt

Krankenkasse/Sozialleistungsträger

Kostenträger:

Krankenkasse Sozialamt Ausländerbehörde
Bezeichnung/Ort:
ggf. Telefon / Fax:

