

Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Z. Hd. Herr Dr. Maier
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

Department für Psychische Erkrankungen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
**Spezialsprechstunde
für Körperdysmorphie Störungen**
Herr Dr. Maier
Telefon: 0761 270-69900
(Mo 10:15-11:15 und Mi 16:00-17:00)
Fax: 0761 / 270 96 66120

FAX 0761 / 270 – 9666120

Anmeldung zur Spezialsprechstunde Körperdysmorphie Störungen

(von Patient/in auszufüllen)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben vor, sich in unserer Spezialsprechstunde für Körperdysmorphie Störungen durch Ihren ambulanten Vorbehandler anmelden zu lassen.

Für die dazu nötige telefonische Terminvereinbarung benötigen wir Ihr Einverständnis:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein behandelnde/r Arzt/Ärztin meinen Namen und meine Telefonnummer an die
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
z. Hd. Herr Dr. Maier
Hauptstr. 5, 79104 Freiburg
weiterleitet. Daraufhin wird ein/e Mitarbeiter/in der Spezialsprechstunde für Körperdysmorphie Störungen mit mir telefonisch Kontakt aufnehmen, um einen Termin zu vereinbaren.

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Datum

✕

Unterschrift Patient/in

Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Z. Hd. Herr Dr. Maier
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

Department für Psychische Erkrankungen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
**Spezialsprechstunde
für Körperdysmorphie Störungen**
Herr Dr. Maier
Telefon: 0761 270-69900
(Mo 10:15-11:15 und Mi 16:00-17:00
Fax: 0761 / 270 96 66120

FAX 0761 / 270 – 9666120

Anmeldung zur Spezialsprechstunde Körperdysmorphie Störungen

(von behandelnder/n Ärztin/Arzt auszufüllen)

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

bitte füllen Sie nachfolgendes Formular aus und senden Sie es zusammen mit dem vom Patienten ausgefüllten Formular mit der POST oder FAX an obige Adresse. *Wir stellen sicher, dass auf das Faxgerät nur berechnigte und im Datenschutz unterwiesene Personen zugreifen können.*

Hiermit melde ich Herrn/Frau _____,

geboren am _____, zur o.g. ambulanten Spezialsprechstunde an.

Versicherungsstatus: Gesetzlich Privat Art der Zusatzversicherung: _____

Diagnose(n), ggf. Komorbiditäten:

Aktuelle Hauptproblematik:

Bisherige Behandlung (kurzer Überblick):

O.g. Patient/in ist gegenwärtig bei uns in Behandlung und hat der Übermittlung seiner/ihrer Gesundheitsdaten an das Universitätsklinikum Freiburg zugestimmt.

Datum

Name anfordernde/r Ärztin/Arzt in Druckbuchstaben

X

Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt