

Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
z. Hd. Dr. Dressle
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

Department für Psychische Erkrankungen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
**Spezialsprechstunde
für Zwangsstörungen**
Herr Dr. Dressle
Telefon: 0761 270-69900
(Mo 9:00-10:00 und Mi 16:00-17:00)
raphael.dressle@uniklinik-freiburg.de

FAX 0761 / 270 – 96 66120

Anmeldung zur Spezialsprechstunde Zwangsstörungen

(von Patient/in auszufüllen)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sie haben vor, sich in unserer Spezialsprechstunde für Zwangsstörungen (zur klinischen Abklärung einer möglichen stationären Behandlung) 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. Dr. Dressle
Hauptstr. 5, 79104 Freiburg
weiterleitet. Daraufhin wird ein/e Mitarbeiter/in der Spezialsprechstunde für Zwangsstörungen mit mir telefonisch Kontakt aufnehmen, um einen Termin zu vereinbaren.

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Datum

✕

Unterschrift Patient/in

Die Nachfrage zur störungsspezifischen Behandlung auf unserer Spezialstation für Angst- und Zwangsstörungen ist insgesamt sehr hoch, sodass Sie leider mit einer längeren Wartezeit rechnen müssen. Die durchschnittliche Wartezeit, nach stattgefundenem Vorgespräch, bis zur stationären Aufnahme beträgt derzeit ca. 6 - 9 Monate (genauere Angaben hierzu sind leider nicht möglich).

Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
z. Hd. Dr. Dressle
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

FAX 0761 / 270 – 96 66120

Anmeldung zur Spezialsprechstunde Zwangsstörungen

(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 ambulanten Zwangssprechstunde an.

Versicherungsstatus: Gesetzlich Privat Art der Zusatzversicherung: _____

Diagnose(n), ggf. Komorbiditäten:

Aktuelle Zwangs-/Angstproblematik:

Bisherige Behandlung (kurzer Überblick):

Ich versichere, dass o.g. Patient/in gegenwärtig bei uns in Behandlung ist und der Übermittlung seiner/ihrer Gesundheitsdaten an das Universitätsklinikum Freiburg zugestimmt hat.

Datum

Name anfordernde/r Ärztin/Arzt in Druckbuchstaben

X

Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt