



„Bitte direkt an Frau Poschenrieder senden“

Patientenanmeldung Lotse

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Tel. des Patienten: _____

Email: _____

behandelnder Arzt: _____

Diagnose

- ☐ Psychoaffektive Erkrankung
- ☐ Chronisches Schmerzsyndrom
- ☐ Erkrankungen des Bewegungsapparates
- ☐ Erschöpfungserkrankungen
- ☐ Substanzkonsum

ICD-Code

ICD _____
ICD _____
ICD _____
ICD _____
ICD _____

negative Begleitumstände:

- ☐ familiäre Konflikte / Partnerschaftskonflikte
- ☐ persönliche Konflikte am Arbeitsplatz
- ☐ Überforderung im beruflichen oder privaten Umfeld
- ☐ Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit von Angehörigen
- ☐ Schulden/Überschuldung
- ☐ Sucht

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten innerhalb der genial eG und ihrer Qualitätssicherung gespeichert und für die Begleitung durch den Lotsen verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient