SEZ Sozialmedizinisches Erwachsenen-Zentrum Mecklenburg gGmbH

Erstanmeldung im SEZ

Anmeldung erfolgt durch:	
Vorname und Name des Patienten/ der Patientin:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Telefonnummer:	
Mobilnummer für Erinnerung per SMS:	
Krankenkasse:	
Überwiesen von:	
Grund der Anmeldung: - Krankheit/Diagnosen - Wunsch/Ziel/Anliegen	
Psychiatrische Institutsambulanz: ☐ frühere Behandlung ☐ aktuelle Behandlung	
frühere Behandlung im SPZ: ☐ ja ☐ nein	
Schwerbehindertenausweis:	☐ liegt vor ☐ liegt nicht vor ☐ Antragsverfahren läuft Grad der Behinderung:_____ Merkzeichen:_____
Pflegegrad:_____	
Kontaktdaten der gesetzlichen Betreuungsperson:	

Information für den Klienten:
Bitte bringen Sie Ihre **Befunde** mit.
Falls es eine gesetzliche **Betreuungsperson** gibt, sollte diese zum Termin mitkommen. Andernfalls muss eine Vollmacht mitgebracht werden.

Auszufüllen vom SEZ Mecklenburg:

Datum der Anmeldung	Termin am	verschickt am