

### 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	
geschätztes Entwicklungsalter:	SEED: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychiatrische Institutsambulanz: <input type="checkbox"/> frühere Behandlung <input type="checkbox"/> aktuelle Behandlung	
frühere Behandlung im SPZ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> 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