

# Ärztliches Einweisungszeugnis

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	
Telefon	
Krankenkasse	
Versichertennummer	

## 1. Einweisungsdiagnose

a) Art der Abhängigkeitserkrankung	
b) Psychische Störungen (Depression, Angststörung, Traumafolgestörung, evtl. andere Erkrankungen)	
c) Somatische Störungen	

## 2. Weitere Angaben

a) Ist eine stationäre oder ambulante psychotherapeutische Entwöhnungsbehandlung angezeigt?	
b) Spezielle Indikation für die Behandlung in der Klinik Im Hasel	
c) Weitere Bemerkungen	

Ort / Datum:

Der einweisende Arzt:

Stempel mit vollständiger Adresse

---