

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie möchten eine*n Patient*in für unsere **Ambulanz für schwer zu behandelnde Depression** anmelden. Bitte füllen Sie hierfür das folgende Formular aus. Das Formular lassen Sie uns anschließend auf folgendem Weg zukommen:

- **Per Fax: 0551-39 10827 ODER**
- **Per E-Mail: psychiatrie.trd@med.uni-goettingen.de**

Zentrale Terminvergabe, z. Hd. Fr. Bianco, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsmedizin Göttingen, Von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen
Fax 0551-39 10827, psychiatrie.trd@med.uni-goettingen.de

Anschließend werden wir zwecks Terminvereinbarung Kontakt zu der Patientin/dem Patienten aufnehmen.

Ihre Zuweiserdaten

Name: _____

Praxis/Klinik _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Unterschrift: _____ Praxisstempel: _____

PatientInnendaten

Name: _____ Alter: _____ J. Geschlecht: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail*: _____

Diagnose: _____

*Bitte möglichst angeben. Es werden vor dem ersten Termin weitere Unterlagen an die Patientin/den Patienten geschickt