

Einweiser-Fragebogen der Fachklinik für Akutpsychosomatik

MEDICLIN Kliniken Bad Wildungen, Ziergartenstr. 9, 34537 Bad Wildungen-Reinhardshausen, Tel.: 0 56 21/7 96-8 58

Auszufüllen von einweisender Ärztin, einweisendem Arzt oder Psychotherapeut*in !

 Bitte **vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen** und inkl. relevanter Unterlagen an die Klinik faxen oder mailen: Fax: 0 56 21/7 96-2 31 oder E-Mail: info.badwildungen@mediclin.de.

 Bitte senden Sie auch einen **aktuellen Medikamentenplan** mit!

Patientendaten:

Name _____	Vorname _____	☐ w / ☐ m / ☐ d
Straße _____	PLZ _____	Ort _____
Geb.-Datum _____	Tel.-Nr. _____	Kostenträger/Krankenkasse _____

Einweiserdaten:

Name _____	Vorname _____	
Straße _____	PLZ _____	Ort _____
Tel.-Nr. _____	Fax-Nr. _____	E-Mail-Adresse _____

Einweisungsdiagnose mit ICD-10-Verschlüsselung: _____

Aktueller psychischer Befund: _____

Ist eine ausreichende kognitive Psychotherapiefähigkeit gegeben? ☐ Nein ☐ Ja

Liegt eine Erblindung vor? ☐ Nein ☐ Ja Ist PatientIn absprachefähig? ☐ Nein ☐ Ja Liegt eine akute Suizidalität vor? ☐ Nein ☐ Ja Ausreichende Deutschkenntnisse? ☐ Nein ☐ Ja Liegt aktuell eine AU vor? ☐ Nein ☐ Ja Liegt eine Berentung vor? ☐ Nein ☐ Ja Liegt ein Pflegegrad vor? ☐ Nein ☐ Ja, welcher _____ mit welchen körperl. Einschränkungen: _____	Körpergewicht: _____ Eine Aufnahme ist nur bis 130 kg möglich! Körpergröße: _____
---	--

Symptomatik (psychische und körperliche/somatoforme Beschwerden): _____

Relevante körperliche Begleiterkrankungen: _____

Vorbehandlungen (der letzten 2 Jahre):	ausgeschöpft ohne Besserung	nicht stattegefunden	Sonstiges
ambulante Psychotherapie *	☐	☐	
ambulante Psychopharmakotherapie	☐	☐	
teil-/vollstationäre psychosomatische bzw. psychiatrische Behandlung *	☐	☐	
Rehabilitation *	☐	☐	

* Wenn stattgefunden bitte unbedingt Verlaufsbericht & Vorbefunde zusenden!

Wünschen Sie eine telefonische Kontaktaufnahme nach Entlassung: ☐ Nein ☐ Ja

Datum, Unterschrift _____

Stempel _____