

**Einweiser-Fragebogen der Fachklinik für Akutpsychosomatik**

MEDICLIN Kliniken Bad Wildungen, Ziergartenstr. 9, 34537 Bad Wildungen-Reinhardshausen

- **auszufüllen von einweisendem/r Arzt/Ärztin bzw. Psychotherapeut/in** -

Bitte **vollständig** in Druckbuchstaben ausfüllen und inkl. relevanter Unterlagen an die Klinik faxen:

**Fax: 0 56 21/7 96-2 31** (bei Rückfragen: Tel.: 0 56 21/7 96-8 58).

**Patientendaten:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  w /  m

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:** \_\_\_\_\_

Liegt eine Erblindung vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Körpergewicht: _____ <b>Eine Aufnahme ist nur bis 130 kg möglich!</b> Körpergröße: _____
Ist Patient*in absprachefähig?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Liegt eine akute Suizidalität vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Liegt aktuell eine AU vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Liegt eine Berentung vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Liegt eine Pflegestufe vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche _____ mit welchen körperl. Einschränkungen: _____	

**Symptomatik** (psychische und körperliche/somatoforme Beschwerden): \_\_\_\_\_

**Relevante körperliche Begleiterkrankungen:** \_\_\_\_\_

<b>Vorbehandlungen</b> (der letzten 2 Jahre):	ausgeschöpft ohne Besserung	nicht stattgefunden	Sonstiges
ambulante Psychotherapie *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ambulante Psychopharmakotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
teil-/vollstationäre psychosomatische bzw. psychiatrische Behandlung *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rehabilitation *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* **Wenn stattgefunden bitte unbedingt Verlaufsbericht/Vorbefunde zusenden!**

**Einschätzung der kognitiven Psychotherapiefähigkeit:** \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel \_\_\_\_\_