

**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 Vorbefunde 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?  Nein  Ja      Körpergewicht: \_\_\_\_\_
- Ist der/die Patient/in absprachefähig?  Nein  Ja
- Liegt eine akute Suizidalität vor?  Nein  Ja      Körpergröße: \_\_\_\_\_
- Liegt aktuell eine AU vor?  Nein  Ja
- Liegt eine Berentung vor?  Nein  Ja

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

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

<b>Vorbehandlungen</b> (der letzten 2 Jahre):	ausgeschöpft ohne Besserung	nicht stattaefunden	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"/>	

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

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