

Einweiser-Fragebogen

Akutpsychosomatik

Bitte ausgefüllt an die Parkland-Klinik per E-Mail an aufnahme@parkland-klinik.de oder per Fax 05621 706-727 senden.
 Auszufüllen von dem einweisenden Arzt.

Patientendaten

Vorname, Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Kostenträger: _____

Einweisender Arzt

Name/Adresse: _____

F.A. Psychosomatik F.A. Psychiatrie Zusatztitel Psychotherapie andere: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Einweisungsdiagnose mit ICD-10-Verschlüsselung: _____

Relevante Begleiterkrankungen: _____

Aktueller Psychischer Befund: _____

Suizidalität: ja (diesbzgl. Absprachefähigkeit: ja nein) nein

Hauptsymptomatik (psychische und körperliche/somatoforme Beschwerden): _____

Medikation: Antidepressiva Antipsychotika Hypnotika Sonstige: _____

Vorbehandlungen:

Ausgeschöpft ohne
ausreichende Besserung:

Hat nicht stattgefunden

Ambulante Psychotherapie

Ambulante Psychopharmakotherapie

Teilstationäre psychosomatische Behandlung

Teilstationäre psychiatrische Behandlung

Rehabilitation

Rentantrag ist: gestellt (ohne Entscheidung) bewilligt abgelehnt

Vollstationäre (ggf. heimatferne) Behandlung ist erforderlich, weil: _____

Wie wird die derzeitige Psychotherapiefähigkeit eingeschätzt (Motivation, Introspektionsfähigkeit, kognitive Fähigkeiten)?

nicht vorhanden ausreichend gut

Behandlung im Spezialbereich notwendig? Essstörung Traumatherapie Allg. Psychosomatik Depression

Bitte fügen Sie Vorbefunde als Anlage bei.

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern hier die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.