

ÄRZTLICHER/ PSYCHOTHERAPEUTISCHER FRAGEBOGEN

Akutpsychosomatik

Bitte ausgefüllt per Post an Parkland-Klinik, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen,
oder per E-Mail an aufnahme@parkland-klinik.de oder per Fax an 05621 706-727 senden.
Auszufüllen von dem einweisenden Arzt, Psychotherapeut.

Patientendaten

Vorname, Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Einweisungsdiagnose/n mit ICD-10-Verschlüsselung: _____

Relevante Begleiterkrankungen: _____

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

☐ folgende ambulante/teilstationäre Maßnahmen ausgeschöpft sind:

☐ Ambulante Psychotherapie

☐ Ambulante psychiatrische Behandlung und Psychopharmakotherapie

☐ Teilstationäre psychosomatische/psychiatrische Behandlung

☐ Rehabilitation

☐ ambulante/teilstationäre Maßnahmen bei der Schwere der Symptomatik nicht mehr ausreichend sind; Begründung:

☐ Abstand zum belastenden häuslichen Umfeld zur Besserung der Symptomatik notwendig ist:
(Angabe der sozialen Umstände/Begründung)

☐ Andere:

Suizidalität vorhanden? ☐ nein ☐ ja (diesbezüglich absprachefähig: ☐ ja ☐ nein)

Medikation vorhanden? ☐ nein ☐ ja (bitte angeben oder fügen Sie den Medikamentenplan bei)

Behandlung im Spezialbereich notwendig?

☐ Essstörung ☐ Traumatherapie ☐ Allg. Psychosomatik ☐ Depression

Einweisender Facharzt für Psychosomatik, Psychiatrie/Psychotherapeut/Arzt:

Stempel:

BITTE FÜGEN SIE VORBEFUNDE ALS ANLAGE BEI.

Wir bedanken uns bei Ihnen für die Einweisung und stehen für Rückfragen unter 05621 706-706 gern zur Verfügung.