

ÄRZTLICHER/ PSYCHOTHERAPEUTISCHER FRAGEBOGEN

Jugendpsychosomatik

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: _____

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

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

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

☐ folgende ambulante/teilstationäre Maßnahmen ausgeschöpft sind:

☐ Ambulante Psychotherapie

☐ Ambulante (kinder- und jugend-) psychiatrische Behandlung und Psychopharmakotherapie

☐ Teilstationäre (jugend-) psychosomatische/(kinder- und jugend-) psychiatrische Behandlung

☐ 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:

Bitte unbedingt auch die nachfolgende Seite beachten und vollständig ausfüllen!

Bitte wenden →

Nur auszufüllen bei volljährigen Patienten, die in der Abteilung für Jugendpsychosomatik behandelt werden sollen:

Warum ist die vollstationäre Behandlung in der Abteilung für Jugendpsychosomatik indiziert? Bitte kurze Beschreibung des vorliegenden Entwicklungsdefizits

**Einweisender Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderheilkunde,
Einweisender Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:**

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.