

Einweiser-Fragebogen Akutpsychosomatik

Auszufüllen von einweisendem/r Arzt/Ärztin

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____ Tel.-Nr.: _____
Kostenträger: _____

Einweisende/r Arzt/Ärztin: (Name/Adresse) _____

F.A. Psychosomatik F.A. Psychiatrie Zusatztitel Psychotherapie
 andere: _____
Tel.-Nr.: _____ FAX-Nr.: _____

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 Medikation _____

Vorbehandlungen:

	Ausgeschöpft ohne ausreichende Besserung:	Hat nicht stattgefunden:
Ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Psychopharmakotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilstationäre psychosomatische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilstationäre psychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Allgem. Psychosomatik Depression