

# 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"/>

Rentenantrag 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