

Einweiser-Fragebogen der Fachklinik für Akutpsychosomatik

MediClin Kliniken Bad Wildungen, Ziergartenstr. 9, 34537 Bad Wildungen-Reinhardshausen

- auszufüllen von einweisendem/r Arzt/Ärztin bzw. Psychotherapeut/in -

Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen und inkl. relevanter Vorbefunde an die Klinik faxen:

Fax: 0 56 21/7 96-2 31 (bei Rückfragen: Tel.: 0 56 21/7 96-8 58).

Patientendaten:

Name _____ Vorname _____ w / m

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Geb.-Datum _____ Tel.-Nr. _____ Kostenträger/Krankenkasse _____

Einweiserdaten:

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Tel.-Nr. _____ Fax-Nr. _____ E-Mail-Adresse _____

Einweisungsdiagnose mit ICD-10-Verschlüsselung: _____

Aktueller psychischer Befund: _____

- | | | |
|--|---|----------------------|
| Liegt eine Erblindung vor? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Körpergewicht: _____ |
| Ist der/die Patient/in absprachefähig? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Liegt eine akute Suizidalität vor? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Körpergröße: _____ |
| Liegt aktuell eine AU vor? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Liegt eine Berentung vor? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Liegt eine Pflegestufe vor? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche _____ | |

Symptomatik (psychische und körperliche/somatoforme Beschwerden): _____

Relevante körperliche Begleiterkrankungen: _____

Vorbearbeitungen (der letzten 2 Jahre):	ausgeschöpft ohne Besserung	nicht stattgefunden	Sonstiges
ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ambulante Psychopharmakotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
teil-/vollstationäre psychosomatische bzw. psychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einschätzung der kognitiven Psychotherapiefähigkeit: _____

Datum, Unterschrift Stempel