

Anmeldebogen – auszufüllen vom Einweiser

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

um Ihre Patienten stationär so angemessen wie möglich behandeln zu können, wären wir für Ihre Einschätzung dankbar. Bitte helfen Sie uns bei der Zuweisung und der Behandlungsplanung, indem Sie die folgenden Fragen beantworten. Nach Auswertung Ihrer Angaben setzen wir uns unverzüglich mit Ihnen bzw. Ihrer Patientin/Ihrem Patienten in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Vielen Dank!

Anmeldung
Psychosomatik zu Hd. der PIA
Asklepios Fachklinikum Lübben,
Luckauer Straße 17
15907 Lübben
oder per **E-Mail:**

Bitte an alle drei Adressen!

j.albrecht@asklepios.com

j.grimm@asklepios.com

m.pitt@asklepios.com

Tel.: 03546 29 308

Die Zuweisung eines Facharztes für Psychiatrie/Neurologie/Psychosomatik oder eines ambulanten psychologischen Psychotherapeuten oder ein PTV 11 Formular wäre wünschenswert, soweit möglich.
Eine somatische Abklärung muss vor Aufnahme erfolgt sein: Hausarzt- Check-up (z.B. Diabeseinstellung; Schilddrüse, Abklärung somatischer Ursachen)

Angaben zu der Patientin/dem Patienten

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geschlecht:** männlich / weiblich / divers

Adresse: _____

Telefon: _____ **mobil:** _____ **Email:** _____

Angaben zur Krankheit und zum Aufnahmearlass

Diagnosen: _____

Anmeldebogen Patient, Seite 1-11 wird vom Patienten ausgefüllt

- Indikation:** psychotherapeutische Diagnostik ambulante/tagesklinische Therapie ist unzureichend
 Schweregrad und Komplexität bzw. Chronizität der Erkrankung
 ambivalente/geringe Änderungsmotivation
 dringende Herausnahme aus dem Umfeld
 somatisches Krankheitsmodell

Welcher Behandlungsschwerpunkt steht für Sie im Vordergrund?

- Krisenintervention Körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen) unklarer Ursache
 Belastungssituation Angst-/Panikstörung mit Vermeidungsverhalten
 posttraumatische Belastungsstörung
 Krankheitsverarbeitung bei körperlichen Krankheiten

Anderes:

Ich schicke weitere Unterlagen (z.B. Indikationsbericht, Vorberichte, Verläufe)

Anmeldebogen – auszufüllen vom Einweiser

Unsere Kontraindikationen

- Psychoseerkrankung,
- bipolare Erkrankung,
- dementielle Entwicklung
- Suizidalität
- Selbstverletzung, die stete Intervention erfordert
- Alkohol/Drogen/Schmerzmittel/Beruhigungsmittel z.B. (Lorazepam)-Abusus/Abhängigkeit

Angaben zur Praxis / zum Krankenhaus

Name des Behandlers: _____ Telefon: _____

Email: _____

Praxisstempel/Kontaktdaten: