

**Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,**

um Ihre Patient:innen tagesklinisch so angemessen wie möglich behandeln zu können, wären wir für Ihre Einschätzung dankbar. Bitte helfen Sie uns bei der Zuweisung und differentiellen 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!

Senden Sie den ausgefüllten Bogen bitte an die

**Psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik und Institutsambulanz Seesen  
Tannenbusch 11, 38723 Seesen  
E-Mail: tk-seesen.goettingen@asklepios.com  
Telefax: (0 53 81) 74 40 81**

**Angaben zu der Patientin/dem Patienten**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Wie sollen wir mit der Patientin/dem Patienten Kontakt aufnehmen?**

bitte nur über meine Praxis  direkt mit dem Patienten

**Angaben zur Krankheit und zum Aufnahmeanlass**

Diagnosen: \_\_\_\_\_

Indikation:  Diagnostik  ambulante Therapie ist unzureichend

Schweregrad und Komplexität bzw. Chronizität der Erkrankung

ambivalente/geringe Änderungsmotivation

medikamentöse Ein- oder Umstellung

dringende Herausnahme aus dem Umfeld

somatisches Krankheitsmodell/behandlungsbedürftige Komorbiditäten

\_\_\_\_\_

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

**Praxisstempel/Kontakt Daten (ggf. mit E-Mail-Adresse):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_