
HARDTWALDKLINIK II
WICKER GMBH & Co. KG • HARDTSTRASSE 32 • 34596 BAD ZWESTEN
ÄRZTLICHER DIREKTOR: DR. MED. M. SCHÄFER
ÄRZTLICHE LEITUNG DER KRANKENHAUSABTEILUNG: DR. MED. A. BAUMANN

Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Behandler-Fragebogen zur Aufnahme in der Krankenhausabteilung

Datum:

Sehr geehrte Behandlerin, sehr geehrter Behandler,

um im Vorfeld der Aufnahme die Indikation zur stationären Behandlung in unserer Klinik gut prüfen zu können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus. Ihre Angaben sind Bestandteil der Patientenakte und werden im Prüffall dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorgelegt. Den ausgefüllten Fragebogen können Sie uns gerne direkt per Post oder Fax zukommen lassen oder Ihrer Patientin/ Ihrem Patienten zur Weiterleitung an uns aushändigen.

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Angaben zum Behandler (Name, Adresse, ggf. Praxisstempel):

Telefonnummer oder E-Mail-Adresse für Rückfragen: _____

O.g. Patientin/ Patient befindet sich in meiner

psychotherapeutischen Behandlung seit _____ (Monat/ Jahr)

Art der Behandlung und Frequenz: _____

psychiatrischen Behandlung

Diagnosen (nach ICD-10, möglichst alle relevanten Haupt- und Nebendiagnosen):

Warum ist aus Ihrer Sicht eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich?

(Beispielsweise akute Krise, ambulante/ teilstationäre Therapie nicht ausreichend, komplex verschränkte innerseelische und interpersonelle Konflikte, haltgebendes stationäres Setting mit ständiger Möglichkeit der Krisenintervention.)

Ist Ihre Patientin/ Ihr Patient aktuell akut suizidal? ja nein

Ist Ihre Patientin/ Ihr Patient aktuell psychotisch? ja nein

Ist Ihre Patientin/ Ihr Patient sicher abstinenzfähig bezüglich Alkohol und illegaler Drogen? ja nein

Bitte fügen Sie dem Fragebogen einen vollständigen Medikamentenplan aller verordneten Medikamente bei.

Bitten Sie Ihren Pat. ggf. diesen von anderen Behandlern (Haus-/ Facharzt) ergänzen/ komplettieren zu lassen.

**Was ist aus Ihrer Sicht das Ziel der stationären Behandlung?
Wo sollte aus Ihrer Sicht der Fokus liegen?**

Möchten Sie uns noch etwas zu Ihrer Patientin/ Ihrem Patienten mitteilen?

Datum, Unterschrift