



Wicker-Kliniken. Wir sorgen für Gesundheit.

**Hardtwaldklinik II, Wicker GmbH & Co. KG**  
Hardtstraße 32, 34596 Bad Zwesten

- Behandler, Behandlerin -

**Hardtwaldklinik II, Fachklinik für  
psychogene Erkrankungen  
Wicker GmbH & Co. KG**

Hardtstraße 32  
34596 Bad Zwesten

Chefärztin Dr. med. Anja Baumann

Datum: \_\_\_\_\_

### Behandler-Fragebogen zur Aufnahme in der Krankenhausabteilung

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 abstinentfähig bezüglich Alkohol und illegaler Drogen?  ja  nein

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

**Bitte 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**