

Einweiser-Fragebogen Akutpsychosomatik

Bitte ausgefüllt per Post an Parkland-Klinik, im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen,
E-Mail an aufnahme@parkland-klinik.de oder per Fax an 05621 706-727 senden.

Auszufüllen von dem einweisenden Arzt/Ärztin, Psychotherapeut/in.

Patientendaten:

Vorname Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Einweisende/r Facharzt/-ärztin für Psychosomatik, Psychiatrie / Psychotherapeut-in / Arzt/Ärztin:

Stempel:

Einweisungsdiagnose/n mit ICD-10-Verschlüsselung: _____

Relevante Begleiterkrankungen: _____

Vollstationäre (ggf. heimatferne) Behandlung ist erforderlich, weil:

folgende ambulante/ teilstationäre Maßnahmen ausgeschöpft sind:

- Ambulante Psychotherapie
- Ambulante psychiatrische Behandlung und Psychopharmakotherapie
- Teilstationäre psychosomatische/ psychiatrische Behandlung
- Rehabilitation

ambulante/teilstationäre Maßnahmen bei der Schwere der Symptomatik nicht mehr ausreichend sind; Begründung:

Ein Abstand zum belastenden häuslichen Umfeld zur Besserung der Symptomatik notwendig ist: (bitte Angabe der sozialen Umstände/Begründung):

Andere:

Suizidalität vorhanden? nein ja (diesbezüglich absprachefähig: ja nein)

Medikation vorhanden? nein ja (bitte angeben oder fügen Sie den Medikamentenplan bei)

Behandlung im Spezialbereich notwendig?

Essstörung Traumatherapie Allg. Psychosomatik Depression

Bitte fügen Sie Vorbefunde als Anlage bei