

Einweiser-Fragebogen

Bitte senden Sie uns den Fragebogen vollständig ausgefüllt und zusammen mit allen relevanten Vorbefunden per Fax +43 (0)3622 53000-3000

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Kostenträger/Krankenkasse: _____

Einweisungsdiagnose (Auszufüllen von einweisendem/r Arzt/Ärztin bzw. Psychotherapeut/in.)

Einweisungsdiagnose mit ICD-10-Verschlüsselung: _____

Aktueller psychischer Befund: _____

Ist der/die Patient/in absprachefähig? Nein Ja Körpergewicht: _____

Liegt selbstverletzendes Verhalten vor? Nein Ja Körpergröße: _____

Liegt eine akute Suizidalität vor? Nein Ja

Liegt ein Drogenabusus vor? Nein Ja, welche? _____

Symptomatik (psychische und körperliche/somatoforme Beschwerden): _____

Relevante körperliche Begleiterkrankungen: _____

Schmerzmedikation: _____

Psychopharmaka: _____

Welche ambulanten psychotherapeutischen Maßnahmen wurden mit welchem Erfolg durchgeführt?

Warum ist eine stationäre Behandlung notwendig? (Befund der ambulanten Psychotherapie bitte beifügen!)

Stationäre Voraufenthalte: _____

Wie wird die derzeitige Psychotherapiefähigkeit eingeschätzt (Motivation, Introspektionsfähigkeit, kognitive Fähigkeiten)?