

**Anmeldung zur stationären Aufnahme - Abteilungen I und III
 Alkohol-, Medikamenten-, Spielsucht**

Nachname		Vornamen	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	Nationalität	SV-Nr.	
Adresse		Krankenkasse	
Straße:		Hausnummer:	
Postleitzahl:	Ort:	Telefon	
Gemeinde:	Bezirk:		
e-mail:			
Mitversichert bei (Name, Geburtsdatum, SV-Nr.):			

Zuweisende Einrichtung/BetreuerIn:	Telefon	Fax
Behandelnde/r Ärztin/Arzt	Telefon	Fax

Behandlungsgrund (bitte einen oder mehrere ankreuzen):

Alkohol
 Medikamente (Sedativa und Hypnotika)
 nicht-stoffgebundene Sucht (Spielsucht, Internet, ...)
 Sog. illegale Substanzen (Kokain, Heroin, Cannabis...)
 I.v. Konsum ja nein

Psychiatrische / Somatische Diagnosen:

Akute Psychose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Demenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Delirium derzeit/kürzlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Intelligenzminderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwere depressive Episode	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Coronainfektion gegenwärtig oder in den letzten 8 Wochen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Manische Episode	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja in welchem Ausmaß:		Wenn ja Therapieschema beiliegend	
Suizidalität	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	COPD	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja Grad (I – IV):	
Rezente Operationen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sauerstoffpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
wenn ja: welche und wann:		Dekompensierte Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Orientierung gegeben, um sich in einem weitläufigen Haus zurechtzufinden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutverdünnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Körperliche Symptomatik, die eine klinische Abklärung notwendig macht wie Herzinsuffizienz, Elektrolytentgleisungen, Karzinome, Harnverhalt oder Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		wenn ja, welche:	

Sind in den nächsten 8-12 Wochen wichtige Termine geplant (z.B. bei Ämtern, aber auch Kontrolluntersuchungen oder familiäre Termine?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche:		
Aktuelle Medikation:		
Arztbrief/Medikationsliste <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte beilegen Substitutionstherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, womit: Sauerstoff: Depot-Medikation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chefärztlich-bewilligungspflichtige Medikamente: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche: CPAP-Maske <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja ist diese mitzubringen!	
Patient*in:		
ist gehfähig ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein, mit welchem Hilfsmittel? Rollstuhl / Rollator/ Gehstock/Krücke	benötigt Diät <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: welche: Körperpflege selbständig möglich: (waschen, anziehen etc.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erforderliche Befunde/Unterlagen:		
Labor vorhanden / noch durchzuführen		
Thoraxröntgen vorhanden / noch durchzuführen		
Medikamentenliste vorhanden / noch zu übermitteln		
Bisherige Behandlungen/Betreuungen (ambulant und/oder stationär):		
Deutschkenntnisse:		
<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht bitte beachten Sie, dass zumindest eine medizinische Basiskommunikation zu Schmerzen, Vorerkrankungen, Konsum, Medikation, Bedürfnissen u.ä. auf Deutsch möglich sein muss!		
Muttersprache , wenn nicht Deutsch:		
Unterschrift zuweisende Einrichtung/Arzt		
Datum	Stempel	Name
Vom Anton Proksch Institut auszufüllen:		
Stellungnahme zu o.a. Problemfeldern:		
Aufnahme trotzdem möglich. da:		
verantwortlich:	Name und Unterschrift	Datum