

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: _____		Telefon	
Postleitzahl: _____	Ort: _____		
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):			
<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamente (Sedativa und Hypnotika) <input type="checkbox"/> nicht-stoffgebundene Sucht (Spielsucht, Internet, ...) <input type="checkbox"/> Sog. illegale Substanzen (Kokain, Heroin, Cannabis...) I.v. Konsum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Psychiatrische / Somatische Diagnosen:			
Akute Psychose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Demenz
Delirium derzeit/kürzlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Intelligenzminderung
Schwere depressive Episode	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes Mellitus
Manische Episode	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Insulinpflichtig
Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja Therapieschema beiliegend
wenn ja in welchem Ausmaß:			COPD
Suizidalität	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja Grad (I – IV):
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sauerstoffpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rezente Operationen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Dekompensierte Leberzirrhose
wenn ja: welche und wann:			Blutverdünnung
Orientierung gegeben, um sich in einem weitläufigen Haus zurechtzufinden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Körperliche Symptomatik , die eine klinische Abklärung notwendig macht wie Herzinsuffizienz, Elektrolytentgleisungen , Karzinome, Harnverhalt oder Harninkontinenz
			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