

## Anmeldung zur stationären Aufnahme

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

<b>Zuweisende Einrichtung/BetreuerIn:</b>	<b>Telefon</b>
<b>Behandelnde/r Ärztin/Arzt</b>	<b>Telefon</b>

**Behandlungsgrund (bitte einen oder mehrere ankreuzen):**

Alkohol,  Medikamente (Benzodiazepine) \_\_\_\_\_  
 Spielsucht,  Online-Spielsucht,  Kaufsucht,  sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Cannabis bzw. synth. Cannabinoide,  Kokain,  Nikotin  
 LSD (Halluzinogene),  Amphetamine (Speed, Crystal Meth),  
 Opiate bzw. opiathaltige Schmerzmittel \_\_\_\_\_  
 Substitutionstherapie mit: \_\_\_\_\_  
 ADHS Medikamente \_\_\_\_\_

Psychiatrische / Somatische Diagnosen:			
Akute Psychose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes Mellitus
Delirium	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Insulinpflichtig (Therapieschema bitte beilegen!)
Depression:			COPD (wenn ja, welcher Grad I-IV):
<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sauerstoffpflichtig
<input type="checkbox"/> Mittel			CPAP-Maske (wenn ja, selbst organisieren)
<input type="checkbox"/> Schwer			Leberzirrhose
Manische Episode	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Child A
Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Child B
Suizidalität	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Child C <input type="checkbox"/> kompensiert <input type="checkbox"/> dekompenziert
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ösophagusvarizen

Rezente Operationen: wenn ja: welche und wann:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutverdünnung Esstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Demenz/Intelligenzminderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Weitere bekannte körperliche Erkrankungen (Herzinsuffizienz, Karzinome, Infektionskrankheiten, etc.)	<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	<b>wenn ja, welche:</b>		

Sind in den nächsten 8-12 Wochen wichtige Termine/Untersuchungen geplant?

**wenn ja, welche:**

**Je nach Dringlichkeit sollten die Termine entweder vor oder nach dem stationären Aufenthalt geplant werden!**

**Patient\*in:**

Gehfähigkeit (selbstständig) <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 (selbstständig) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Erforderliche Befunde/Unterlagen: (nicht älter als ein Monat)**

- ) Aktuelles Labor (großes Blutbild)
- ) Aktuelle Medikamentenliste (bei Substitution: **Kopie des akt. SG-Rezeptes beilegen**)
- ) Aktuelle Arztbriefe (wenn vorhanden)
- ) Aktuelle Befunde (wenn vorhanden)

**Deutschkenntnisse:**

gut       mittel       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**

**Bitte das Anmeldeformular gemeinsam mit Ihrem Arzt ausfüllen!**

Datum
Stempel
Name