

DRK Kliniken Berlin Wiegmann Klinik Klinik für Psychogene Störungen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Spandauer Damm 130 14050 Berlin Fax (030) 3035 - 5759	Praxisstempel / Unterschrift
---	------------------------------

Station <input type="checkbox"/>	Differentialdiagnostik ca. 2 Wochen <input type="checkbox"/>	Stabilisierungsbehandlung ca. 4 Wochen <input type="checkbox"/>	Regelbehandlung ca. 8 Wochen <input type="checkbox"/>
Tagesklinik <input type="checkbox"/>			

Anmeldung Datum

Zuweisende:r Name

Fachrichtung

Rücksprache erbeten

Klinik-Flyer erbeten

Patient:in Name

Geburtsdatum

Krankenkasse

Telefonnummer

- Wie lange ist die/der Patient:in Ihnen bekannt oder bei Ihnen in Behandlung?
- Welche Haupt- und Nebendiagnosen liegen vor?

2.1. Psychopharmaka

2.2. Somatische Medikamente

Liegen folgende Kriterien aktuell vor?

	ja	nein		ja	nein
Substanzabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Substanzabusus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI ≤ 15 m ² /kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BMI $\leq 18,5$ m ² /kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychosenahes Erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bipolare Störung I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolare Störung II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktuelle Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Z.n. Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suizidale Krise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suizidalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unsichere Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rentenverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Welche aktuelle Beschwerden, mit welcher zeitlichen Entwicklung und welchem Schweregrad liegen vor?

4. Was ist der aktuelle Auslöser und welches ist Ihre Indikation zur (teil-) stationären Behandlung?

5. Welche Vorbehandlungen hat es gegeben (psychotherapeutisch, psychosomatisch, psychiatrisch, somatisch, medikamentös, ambulant, (teil-) stationär, Rehabilitation)?

6. Wie ist die soziale Situation?

6.1. Arbeitsunfähigkeitsdauer

6.2. Beruf

6.3. Partnerschaft und Familie

6.4. Gibt es Kinder und ist die Versorgung Minderjähriger gesichert?

7. Sonstige Angaben:

Vielen Dank für Ihre ausführlichen Angaben!