

**Bitte hier Arztstempel!
(Ggf. Ansprechpartner +
Durchwahl)**

**An das Belegungsmanagement
der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik
Walporzheimer Str. 2**

53474 Ahrweiler

Mail an: Belegungsmanagement@ehrenwall.de

Betr.: Anmeldung zur stationären Behandlung (vom Arzt auszufüllen)

Name:			
Vorname:			
Geb.-Dat.:		ggf. Geb.Name:	
Straße + Hausnummer:			
PLZ + Ort:			
Beruf:		Telefon:	
Krankenkasse bzw. private Versicherung:			
fachärztliche Behandlung (psychiatrisch-neurolog.)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		seit wann?
stationäre Behandlungen:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wann?	wo?
Laufende ambulante Psychotherapie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Ambulanter Psychotherapieplatz in Aussicht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Psychotherapie erwünscht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Fließende Deutschkenntnisse?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Diagnose:	seit?		
	seit?		
	seit?		

Medikation:	
Bestehen - Eigengefährdungsaspekte (Suizidalität)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> SMV?
- Fremdgefährdungsaspekte?	<input type="radio"/> ja, welche: <input type="radio"/> früher, welche: <input type="radio"/> nein
- Suchtkrankheit?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Alkohol <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Medikamente <input type="radio"/> andere Drogen
- Pflegebedürftigkeit?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Nahrungsmittelaufnahme <input type="radio"/> Aus-/Ankleiden <input type="radio"/> Körperpflege <input type="radio"/> Fortbewegung <input type="radio"/> Hilfsmittel, welche? Pflegegrad: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
Liegt eine Beeinträchtigung der Wegefähigkeit oder beim Treppensteigen vor?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche
Schlafapnoegerät / sonstige Hilfsmittel?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche:
Ernährung: Diäten/Unverträglichkeiten	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche:
Körpergröße, Gewicht:	_____ cm _____ kg
Bemerkungen:	
Terminwunsch:	

Hiermit melde ich den o.g. Patienten zur stationären Behandlung in der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik an.

Datum

Stempel

Unterschrift,
(Einweisender Arzt)

Wir bitten um vorherige ambulante Abklärung organischer Erkrankungen. Ansonsten kann es sein, dass eine Aufnahme zur stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nicht möglich sein könnte.