

FAX: 02641 - 386123

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.)	o ja o nein		seit wann?
stationäre Behandlungen:	o ja o nein	wann?	wo?
Laufende ambulante Psychotherapie?	o ja		o nein
Ambulanter Psychotherapieplatz in Aussicht?	o ja		o nein
Psychotherapie erwünscht?	o ja		o nein
Fließende Deutschkenntnisse?	o ja		o nein
Diagnose:	seit?		
	seit?		
	seit?		

Medikation:	Bitte unbedingt den aktuellen Medikamentenplan der Anmeldung beifügen!
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)