Fax Nr.: 02691-9351000
E-Mail-Adresse: Sekretariat-TK-Adenau@ehrenwall.de

Bitte hier Arztstempel!
(ggf. Ansprechpartner
+ Durchwahl)

An das
Sekretariat Tagesklinik Adenau
Im St. Josef Krankenhaus,
Mühlenstraße 31-35

53518 Adenau

Betr.: **Anmeldung zur teilstationären Behandlung**
vom Arzt auszufüllen

Name:		**Geb.-Name:**	
Vorname:			
Geb.Dat.:			
Straße + Hausnummer:			
PLZ + Ort			
Beruf:		**Telefon:** **Handy-Nr.:**	
Krankenkasse bzw. private Versicherung:			
E-Mail Adresse (falls bekannt):			
Staatsangehörigkeit		**Ausreichend deutschsprachig:** ○ ja ○ nein	
Stationär- psychiatrische Behandlungen	○ ja ○ nein	Wann und wo?	
Laufende ambulante Psychotherapie?	○ nein	○ ja: Name des Therapeuten:	
Ambulanter Psycho-therapieplatz in Aussicht?	○ nein	○ ja: Name des Therapeuten:	
Facharztbehandlung?	○ nein	○ ja: Name des Therapeuten:	
Gesetzliche Betreuung:	○ nein	○ ja: Name des Betreuers: (bitte Kopie der Urkunde mitbringen)	

Diagnosen:	seit?
	seit?
	seit?
Medikation:	
Bestehen **- akute Eigengefährdungsaskepte (Suizidalität)?** **- akute Fremdgefährdungsaspekte?**	○ ja ○ nein ○ SMV? Wenn Sie hier ja ankreuzen müssen, ist eine teilstationäre Behandlung derzeit leider nicht möglich. ○ ja ○ nein Wenn Sie hier ja ankreuzen müssen, ist eine teilstationäre Behandlung derzeit leider nicht möglich.
Suchtkrankheit?	○ja ○ Alkohol ○nein ○ Medikamente _____(Stoffklasse) ○ andere Drogen _____(Substanz) ○ abstinent, seit: _____ ○ nicht abstinent **Wenn der Patient bei bestimmten Stoffklassen (z.B. Alkohol, nicht ärztlich-verordnetes THC und illegale Drogen) nicht abstinent ist, ist eine teilstationäre Behandlung kontraindiziert.**
Körpergröße, Gewicht:	_____cm, _____ kg
Hilfsmittel:	○ Rollstuhl/ ○ Rollator/ ○ notwendiger Behindertenparkplatz ○ sonstiges _____
Wohnstatus:	○ allein ○ mit Partner ○ mit Familie ○ in Wohngemeinschaft
Anreise:	○ Auto ○ öffentliche Verkehrsmittel ○ andere
Ziele der teilstationären Behandlung:	
Bemerkungen:	
Terminwunsch:	
Begründung für Terminwunsch:	

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

Datum Stempel Unterschrift
(Einweisender Arzt)

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