

# Einweiser-Fragebogen

Bitte senden Sie uns den Fragebogen vollständig ausgefüllt und zusammen mit allen relevanten Vorbefunden per Fax +43 (0)3622 53000-3000

## Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kostenträger/Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## Einweisungsdiagnose (Auszufüllen von einweisendem/r Arzt/Ärztin bzw. Psychotherapeut/in.)

Einweisungsdiagnose mit ICD-10-Verschlüsselung: \_\_\_\_\_

Aktueller psychischer Befund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist der/die Patient/in absprachefähig?  Nein  Ja Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Liegt selbstverletzendes Verhalten vor?  Nein  Ja Körpergröße: \_\_\_\_\_

Liegt eine akute Suizidalität vor?  Nein  Ja

Liegt ein Drogenabusus vor?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Symptomatik (psychische und körperliche/somatoforme Beschwerden): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relevante körperliche Begleiterkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schmerzmedikation: \_\_\_\_\_

Psychopharmaka: \_\_\_\_\_

Welche ambulanten psychotherapeutischen Maßnahmen wurden mit welchem Erfolg durchgeführt?

Warum ist eine stationäre Behandlung notwendig? (Befund der ambulanten Psychotherapie bitte beifügen!)

\_\_\_\_\_

Stationäre Voraufenthalte: \_\_\_\_\_

Wie wird die derzeitige Psychotherapiefähigkeit eingeschätzt (Motivation, Introspektionsfähigkeit, kognitive Fähigkeiten)?

\_\_\_\_\_