

## Zuweisung stationärer Aufenthalt Psychiatrie / Psychosomatik

Angaben zur Patientin/zum Patienten  Name:  Vorname:  Krankenkasse:  Adresse:  VersNr.:  PLZ/Ort:  VersStatus:  Eintritt möglich ab:  E-Mail:  Angaben zur Erkrankung  Diganosen:  F3/  F4/  F5/  F7-F9   Aktuelle Medikation:  Begleiterkrankungen:  Behandlungsziele:  Arbeitsunfähigkeit:  Arbeitsunfähigkeit:  Arbeitsunfähigkeit:  Arbeitsunfähigkeit:  Arbeitsunfähigkeit:  Arbeitsunfähigkeit:  Arbeitsunfähigkeit:  Arbeitsunfähigkeit:  Behandlungsziele:  Grad der Selbstständig    Bedarf Hiriteleistungen bei den alltäglichen    Verrichtungen (ADL)    Gehhille / Rollstunlpatient    Bedarf intensiver Hilfe, Bettlägerigkeit    Desorientiert  Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt    Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)  Wirnschrift:  Unterschrift:		
Vorname:  Adresse:  VersNr.:  PLZ/Ort:  VersStatus:  Eintritt möglich ab:  E-Mail:  Angaben zur Erkrankung  Diganosen:  F3/ F4/ F5/ F7-F9  Aktuelle Medikation:  Begleiterkrankungen:  Behandlungsziele:  Arbeitsunfähigkeit:  Arbeitsunfähigkeit:  Arbeitsunfähigkeit:  Arbeitsunfähigkeit:  Arbeitsunfähigkeit Grad der Selbstständigkeit  Erhebliches Behandlungspotentiat: Wiedererlangen  • der Funktionsfähigkeit må Alttag  • der Arbeitsfähigkeit  Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht /  Die ambulanten Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpt  Bitte folgende Unterlagen mitsenden: Medizinische Berichte (altg. Arztbericht / Austrittsbericht)  Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt  Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)	Angaben zur Patientin / zum Patienten	
Adresse:  PLZ/Ort:  VersStatus:   Halbprivat   Privat    Telefon:   Eintritt möglich ab:  E-Mail:  Angaben zur Erkrankung Diganosen:   F3/   F4/   F5/   F7-F9   Aktuelle Medikation:  Begleiterkrankungen:   Behandlungsziele:  Arbeitsunfähigkeit:   % seit    Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit   Selbstständigkeit   Selbstständigkeit   Selbstständig   Sel	Name:	Geburtsdatum:
PLZ/Ort:	Vorname:	Krankenkasse:
Telefon: E-Mail:  Angaben zur Erkrankung Diganosen:   F3/   F4/   F5/   F7-F9   Aktuelle Medikation:  Begleiterkrankungen:  Behandlungsziele:  Arbeitsunfähigkeit: % seit  Arztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit   Frhebliches Behandlungspotential: Wiedererlangen et ehr Funktionsfähigkeit im Alttag et Arbeitsfähigkeit   Selbstständig   Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen verrichtungen (ADL)   Gehhilfe / Rollstuhlpatient   Bedarf intensiver Hilfe, Bettlägerigkeit   Desorientiert  Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)	Adresse:	VersNr.:
E-Mail:  Angaben zur Erkrankung Diganosen:   F3/   F4/   F5/   F7-F9   Aktuelle Medikation:  Begleiterkrankungen: Behandlungsziele:  Arbeitsunfähigkeit: % seit  Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit   Frhebliches Behandlungspotential: Wiedererlangen • der Funktionsfähigkeit im Alltag • der Arbeitsfähigkeit   Selbstständig   Bedarf Hiteleistungen bei den alltäglichen Verrichtungen (ADL)   Gehhilfe / Rollstuhlpatient   Die ambulanten Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft   Bitte folgende Unterlagen mitsenden: Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)  Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)	PLZ/Ort:	VersStatus: ☐ Halbprivat ☐ Privat
Angaben zur Erkrankung Diganosen:   F3/   F4/   F5/   F7-F9   Aktuelle Medikation:  Begleiterkrankungen:   Behandlungsziele:  Arbeitsunfähigkeit:   % seit    Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit   Selbstständigkeit   Selbstständig   Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen   Verrichtungen (ADL)   Gehhilfe / Rollstuhlpatient   Bedarf intensiver Hilfe, Bettlägerigkeit   Desorientiert    Bitte folgende Unterlagen mitsenden:   Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)    Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt   Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)	Telefon:	Eintritt möglich ab:
Begleiterkrankungen:  Arbeitsunfähigkeit: % seit  Arztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit Erhebliches Behandlungspotential: Wiedererlangen der Funktionsfähigkeit im Alltag der Arbeitsfähigkeit im Alltag der Arbeitsfähigkeit Werdererlangen ieter ambulante Behandlung fällt ausser Betracht / Die ambulanten Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft Bitte folgende Unterlagen mitsenden: Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)  Aktuelle Medikation:  Behandlungsziele:  Grad der Selbstständigkeit Selbstständig Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen Verrichtungen (ADL) Gehhilfe / Rollstuhlpatient Bedarf intensiver Hilfe, Bettlägerigkeit Desorientiert  Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)	E-Mail:	
Arbeitsunfähigkeit: % seit  Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit  Erhebliches Behandlungspotential: Wiedererlangen  der Funktionsfähigkeit im Alltag  der Arbeitsfähigkeit  Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht / Die ambulanten Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft  Bitte folgende Unterlagen mitsenden: Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)  Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)  Grad der Selbstständigkeit  Selbstständig Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen Verrichtungen (ADL) Gehhilfe / Rollstuhlpatient Bedarf intensiver Hilfe, Bettlägerigkeit Desorientiert  Ort, Datum:		Aktuelle Medikation:
Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit □ Erhebliches Behandlungspotential: Wiedererlangen • der Funktionsfähigkeit im Alltag • der Arbeitsfähigkeit □ Selbstständig □ Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen ∨ Verrichtungen (ADL) □ Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht / Die ambulanten Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft □ Desorientiert  Bitte folgende Unterlagen mitsenden: Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)  Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)	Begleiterkrankungen:	Behandlungsziele:
Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit □ Erhebliches Behandlungspotential: Wiedererlangen • der Funktionsfähigkeit im Alltag • der Arbeitsfähigkeit □ Selbstständig □ Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen ∨ Verrichtungen (ADL) □ Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht / Die ambulanten Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft □ Desorientiert  Bitte folgende Unterlagen mitsenden: Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)  Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)		
<ul> <li>□ Erhebliches Behandlungspotential: Wiedererlangen</li> <li>• der Funktionsfähigkeit im Alltag</li> <li>□ Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen</li> <li>□ Verrichtungen (ADL)</li> <li>□ Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht /         Die ambulanten Therapiemöglichkeiten         sind ausgeschöpft</li> <li>□ Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen</li> <li>□ Verrichtungen (ADL)</li> <li>□ Gehhilfe / Rollstuhlpatient</li> <li>□ Bedarf intensiver Hilfe, Bettlägerigkeit</li> <li>□ Desorientiert</li> <li>Bitte folgende Unterlagen mitsenden:</li> <li>Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)</li> <li>Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt</li> <li>Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)</li> </ul>	Arbeitsunfähigkeit: % seit	
<ul> <li>der Funktionsfähigkeit im Alltag</li> <li>der Arbeitsfähigkeit</li> <li>Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht / Die ambulanten Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft</li> <li>Bitte folgende Unterlagen mitsenden: Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)</li> <li>Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)</li> <li>Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen Verrichtungen (ADL) Gehhilfe / Rollstuhlpatient Desorientiert</li> <li>Desorientiert</li> </ul>	Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit	Grad der Selbstständigkeit
□ Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht / Die ambulanten Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft □ Desorientiert  Bitte folgende Unterlagen mitsenden: Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)  Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)	• der Funktionsfähigkeit im Alltag	□ Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen
sind ausgeschöpft  Bitte folgende Unterlagen mitsenden: Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)  Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)	☐ Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht /	
Bitte folgende Unterlagen mitsenden: Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)  Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)		
Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt Ort, Datum: Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)		□ Descrientiert
Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)	Medizinische Berichte (allg. Arztbericht / Austrittsbericht)	
Unterschrift:		Ort, Datum:
		Unterschrift: