

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

um Ihre Patienten stationär so angemessen wie möglich behandeln zu können, wären wir für Ihre Einschätzung dankbar. Bitte helfen Sie uns bei der Zuweisung und differentiellen Behandlungsplanung, indem Sie die folgenden Fragen beantworten. Nach Auswertung Ihrer Angaben setzen wir uns unverzüglich mit Ihnen bzw. Ihrer Patientin/Ihrem Patienten in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Vielen Dank!

Senden Sie den ausgefüllten Bogen bitte an die
Institutsambulanz Erwachsene, Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, 37124 Rosdorf
Gerne auch per **Fax unter 0551-5005-4265**
oder per **E-Mail: aufnahme.tiefenbrunn@asklepios.com**

Angaben zu der Patientin/dem Patienten

Nachname: _____ **Vorname:** _____
Geburtsdatum: _____ **Geschlecht:** ☐ männlich / ☐ weiblich / ☐ divers
Adresse: _____
Telefon: _____ **mobil:** _____ **E-Mail:** _____

Angaben zur Krankheit und zum Aufnahmeanlass

Diagnosen: _____

☐ Anmeldebogen Patient, Seite 1-11 wird vom Patienten ausgefüllt

Indikation: ☐ Diagnostik ☐ ambulante/tageklinische Therapie ist unzureichend
☐ Schweregrad und Komplexität bzw. Chronizität der Erkrankung
☐ ambivalente/geringe Änderungsmotivation
☐ medikamentöse Ein- oder Umstellung
☐ dringende Herausnahme aus dem Umfeld
☐ somatisches Krankheitsmodell / behandlungsbedürftige Komorbiditäten

Welcher Behandlungsschwerpunkt steht für Sie im Vordergrund?

- | | |
|--|---|
| ☐ Essstörung | ☐ Körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen) |
| ☐ Depression | ☐ Angst-/Panikstörung mit Vermeidungsverhalten |
| ☐ Psychose | ☐ Schwerpunktstation „Junge Erwachsene“ |
| ☐ Krisenintervention | ☐ Schwerpunktstation „Borderline-Störung und Trauma“ |
| ☐ Krankheitsverarbeitung bei körperlichen Krankheiten | |

☐ Ich schicke weitere Unterlagen (z.B. Indikationsbericht, Vorberichte, Verläufe)

Angaben zur Praxis / zum Krankenhaus

Name des Behandlers: _____ **Telefon:** _____

E-Mail: _____

Praxisstempel/Kontaktdaten: