

## Kurzbefund

Mit diesem vorgefertigten Schreiben möchten wir es Ihnen erleichtern, uns ein Bild vom derzeitigen Zustand Ihres Patienten bzw. Klienten zu zeichnen. Sie sind an diese Form nicht gebunden und können uns Details auch gerne telefonisch mitteilen.

Montag bis Donnerstag 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr und Freitag von 8.00 Uhr bis 13.30 Uhr  
unter **Telefon 08322/709-111 oder -112 oder Fax 08322/709-403**  
**Adula Klinik – Aufnahme-, In der Leite 6, 87561 Oberstdorf**

**Patientendaten** (Name, Vorname, Geburtsdatum):

**Diagnose:**

**Grund der Notwendigkeit der stationären Behandlung:**

**Fokus** (augenblicklich vordringliche Problematik bzw. Lebenssituation):

**Therapieziele** (sofern sie sich nicht aus der Diagnose ergeben):

Wesentliche **körperliche Befunde**; chronische Erkrankungen; Behinderungen:

Bei Vorliegen einer **Essstörung**: Körpergröße und **Gewicht**:

Derzeitige **Medikation**:

**Sucht**anamnese (konsumiertes Suchtmittel, Konsumdauer, letzter Konsum):

Derzeitige Einschätzung von **Suizidalität**/Suizidintendenzen bzw. selbstverletzendem Verhalten:

Hinweise auf **psychotisches** Erleben:

Ambulante **Psychotherapie**, Nachbetreuung gesichert?

Überwiegt **Eigen-** oder **Fremdmotivation**?

Ihre Angaben sind uns sehr hilfreich, **wir danken Ihnen** für Ihre Mühe!

Datum, Stempel, Unterschrift