

Kurzbefund

Mit diesem Kurzbefund möchten wir es Ihnen erleichtern, uns ein Bild vom derzeitigen Zustand Ihrer Patientin/ Ihres Patienten zu zeichnen.

Patientendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Einweisungsdiagnosen (nach ICD-10):

Begründung der Notwendigkeit der stationären Behandlung (z.B. Akuität, Abstand vom häuslichen und beruflichen Umfeld, ambulante Psychotherapie zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausreichend oder noch nicht möglich):

Ambulante Psychotherapie:

Ja: Seit wann?

Nein: Welche Versuche wurden bisher unternommen, um einen ambulanten Therapieplatz zu erhalten (z.B. Sprechstunden, Probatorische Sitzungen, Wartelisten)?

Psychopharmakologische Medikation:

Suchtanamnese:

Aktuelle Einschätzung von **Suizidalität** und/ oder **selbstverletzendem Verhalten**:

Hinweise auf **psychotisches Erleben**:

Datum, Unterschrift, Stempel

Vielen Dank für Ihre Mühe, Ihre Angaben sind für uns sehr hilfreich!

Für weitere Anmerkungen oder Rückfragen erreichen Sie unsere Aufnahmeabteilung unter den Rufnummern: **08386/9622 -457, -452 und -463** zu den folgenden Zeiten:

Montag bis Dienstag:	08.00 bis 12.00 Uhr und 13.00 bis 16.00 Uhr
Mittwoch:	08.00 bis 12.00 Uhr
Donnerstag:	08.30 bis 12.00 Uhr und 13.00 bis 16.00 Uhr
Freitag:	08.00 bis 12.00 Uhr