

Anmeldeformular

Stationäre Krankenhausbehandlung

Akutabteilung für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie

Chefärztin MUDr. (Univ. Prag) Dagmar Blesik | FÄ für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie, Sozialmedizin, Suchtmedizinische Grundversorgung, Spez. Psychotraumatherapie (DeGPT), Gutachterin Peer Review Verfahren
Johannesbad Fachklinik Bad Füssing | Johannesstr. 2 | 94072 Bad Füssing

Fax +49 (0) 8531 / 23-2301

psychotherapie@johannesbad.com

Tel. +49 (0) 8531 / 23-2305

www.johannesbad-medizin.com/bad-fuessing

1.1. Patientendaten

Vorname:		
Nachname:		
Geburtsdatum:		
Kostenträger/Krankenkasse:		
Tel.		
Straße:		Hausnummer:
PLZ:	Ort:	Land:

1.2. F-Hauptdiagnosen

1.3. Nebendiagnosen

Anmeldeformular

Stationäre Krankenhausbehandlung

1.4. Medikamente

1.5. Bestehen Allergien (insbesondere Hausstaub- oder Milbenallergie) oder Unverträglichkeiten?

<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja, bitte hier auflisten:

1.6. Begründung der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung (bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Liegt eine F-Diagnose als Hauptdiagnose vor?
<input type="checkbox"/> Die Einweisung wird durch eine:n <ul style="list-style-type: none"> – FA:FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie – FA:FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – FA:FÄ für Psychotherapeutische Medizin – FA:FÄ für Neurologie <u>und Psychotherapie</u> – Psychologische:n Psychotherapeut:in ausgestellt?
<input type="checkbox"/> Liegt eine akute Verschlechterung der Beschwerden/Symptomatik vor?
<input type="checkbox"/> Die Aufnahme der:des Patient:in ist dringend erforderlich?
<input type="checkbox"/> Die ambulanten Maßnahmen (ambulante Psychotherapie, Medikamente) sind ausgeschöpft oder nicht ausreichend?
<input type="checkbox"/> Die Herausnahme aus dem häuslichen und beruflichen Umfeld ist dringend erforderlich?
<input type="checkbox"/> Die Krankenhausbehandlung (Akutbehandlung) in unserer Abteilung darf nicht durch eine Reha-Maßnahme zu ersetzen sein.

Anmeldeformular

Stationäre Krankenhausbehandlung



1.7. Sonstige wichtige Anmerkungen

Datum

Stempel/Unterschrift von Einweiser