vitos:

Selbstauskunftsbogen für eine Anmeldung zur teilstationären Behandlung KPP Kassel

Für die Aufnahme in der Tagesklinik ist die Einweisung durch Psychiater oder Psychotherapeuten Voraussetzung.
Bitte fügen Sie die Einweisung in Kopie bei.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen aus datenschutzrechtlichen Gründen per Post zurück an:

Vitos psychiatrische Tagesklinik
Karthäuserstraße 3
34117 Kassel

Datum

Patient/innen Daten

Wenn handschriftlich, bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name **Vorname**

Geburtsdatum **Krankenkasse**

Anschrift **PLZ/Wohnort**

Telefon **E-Mail**

jetzige (Berufs-) Tätigkeit

Wohn- / Familiäre Situation

Wegezeit zur Tagesklinik weniger als 1 Stunde?

◯ Ja ◯ Nein

Voraussetzungen

Es liegt eine psychiatrische Diagnose vor, die einer teilstationären Behandlung bedarf
(Hinweis: keine akute Abhängigkeitssymptomatik, keine Demenz).

◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, welche?

„Verordnung von Krankenhausbehandlung" eines Psychiaters oder Psychotherapeuten vorhanden?
Wenn ja, von welchem Arzt?

◯ Ja ◯ Nein

Besteht eine Suchtproblematik (Alkohol, Medikamente oder Drogen)**?**
Wenn ja, welche, seit wann und wie lange?

◯ Ja ◯ Nein

vitos:

Während der gesamten Behandlung (auch in therapiefreien Zeiten) **ist der Konsum von Alkohol oder Drogen untersagt.**
Hiermit stimme ich zu:

◯ Ja ◯ Nein

Bei bekannter Substanzabhängigkeit:
Bereitschaft zur Abstinenz und zu regelmäßigen, unangekündigten Kontrollen.
Hiermit stimme ich zu:

◯ Ja ◯ Nein

Bestand schon einmal das Bedürfnis nach Selbstverletzung?

◯ Ja ◯ Nein

Haben Sie lebensmüde Gedanken?

◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, wann zuletzt?

Handlungsimpuls sich das Leben zu nehmen?

◯ Ja ◯ Nein

Können Sie den täglichen Weg in die Tagesklinik selbstständig bewältigen (bspw. mit ÖPNV)**?**

◯ Ja ◯ Nein

Wir empfehlen den Weg mit ÖPNV. Die Nutzung von Auto oder Fahrrad ist auf eigene Verantwortung jedoch möglich.
Ich bestätige, dass ich darüber informiert wurde:

◯ Ja

Findet / fand bereits ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung statt?

◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, bei wem?

vitos:

Laufende Behandlung:
Welche ambulanten Behandlungen nehmen Sie wegen der Erkrankung in Anspruch, für welche nun eine Krankenhausbehandlung verordnet worden ist?

- ◯ Hausärzt/in / Ärzt/in für Allgemeinmedizin
- ◯ Ärzt/in für Psychiatrie und Psychotherapie / Nervenärzt/in
- ◯ Sonstige Fachärzt/in
- ◯ Psychologische Psychotherapeut/in

Bestehen weitere körperliche Erkrankungen?

◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, welche?

Aktuelle Beschwerden:
Beschreiben Sie Ihre Hauptbeschwerden und deren Auswirkungen stichwortartig und kreuzen Sie an, wie sehr Sie sich eingeschränkt / belastet fühlen

	◯ leicht	◯ mittel	◯ schwer
	◯ leicht	◯ mittel	◯ schwer
	◯ leicht	◯ mittel	◯ schwer
	◯ leicht	◯ mittel	◯ schwer
	◯ leicht	◯ mittel	◯ schwer
	◯ leicht	◯ mittel	◯ schwer
	◯ leicht	◯ mittel	◯ schwer
	◯ leicht	◯ mittel	◯ schwer
	◯ leicht	◯ mittel	◯ schwer
	◯ leicht	◯ mittel	◯ schwer
	◯ leicht	◯ mittel	◯ schwer
	◯ leicht	◯ mittel	◯ schwer

vitos:

Dauer der Erkrankung:

- ◯ unter 6 Monate
- ◯ länger als 6 Monate
- ◯ länger als 1 Jahr
- ◯ länger als 2 Jahre

Alter beim ersten Auftreten der Erkrankung (in Jahren):

Aktuell AU geschrieben?

◯ Ja ◯ Nein AU seit:

Was möchten Sie durch die teilstationäre Behandlung erreichen / verbessern?
Wohin soll die gewünschte Entwicklung gehen?

Was denken Sie, wie wir Sie dabei am besten unterstützen können?

Warum reichen aus Ihrer Sicht die bisherigen ambulanten medizinischen oder psychotherapeutischen Hilfen nicht aus, um diese Behandlungsziele zu erreichen?

vitos:

Von wem ging die Initiative zur tagesklinischen Behandlung aus (von Ihnen selbst, von Ihrem Hausarzt / Facharzt / Psychotherapeuten, Arbeitgeber, Familienangehörige, Sonstige)**?**

Sonstiges

Medikation

Hinweis: Bitte Medikamentenplan mitbringen!

Aktuell eingenommene Medikation inkl. Dosierung
(z.B. Psychopharmaka, Blutdrucktabletten, Schlafmittel, Herz-Kreislauf)

Einwilligung zur Datenverarbeitung
Ich willige ein, dass meine angegebenen Daten zur Bearbeitung meiner Anfrage verarbeitet und gespeichert werden.

◯ Ja ◯ Nein

Datum: **Unterschrift**

Kontakt

Tel. 0561 - 3 10 07 - 10 16
Tel. 0561 - 3 10 07 - 20 04
Fax 0561 - 3 10 07 - 60 04
tagesklinik-kpp.kassel.noh@vitos.de

vitos:

Von unserem Arzt auszufüllen:

Aufnahmeindikation erfüllt?

- ◯ Ja → **Auf Planungsliste setzen**
- ◯ → **Infogespräch terminieren**
- ◯ → **Vorgespräch notwendig**
- ◯ Nein → **keine Aufnahmeindikation für die TK, Rückmeldung erforderlich, ggf. auf vollstationäre Behandlung verweisen**

Begründung:

HZ:

- ◯ Ja → **Auf Planungsliste gesetzt, Rückmeldung gegeben** **HZ:**
- ◯ Nein → **Rückmeldung gegeben** **HZ:**