

An das  
Aufnahmemanagement  
der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik  
Walporzheimer Str. 2

53474 Ahrweiler

**Betr.: Anmeldung zur stationären Behandlung**

<b>Name:</b>			
<b>Vorname:</b>			
<b>Geb.-Dat.:</b>		<b>ggf. Geb.Name:</b>	
<b>Straße + Hausnummer:</b>			
<b>PLZ + Ort:</b>			
<b>Beruf:</b>		<b>Telefon:</b>	
<b>Krankenkasse bzw. private Versicherung:</b>			
<b>fachärztliche Behandlung (psychiatrisch-neurolog.)</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		seit wann?
<b>stationäre Behandlungen:</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wann?	wo?
<b>Laufende ambulante Psychotherapie?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
<b>Ambulanter Psychotherapieplatz in Aussicht?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
<b>Psychotherapie erwünscht?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
<b>Fließende Deutschkenntnisse?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

b.w.

Diagnose:	seit?
	seit?
	seit?
Medikation:	
Bestehen - Eigengefährdungsaspekte (Suizidalität)?	o ja                      o nein                      o SMV?
- Fremdgefährdungsaspekte?	o ja, welche:                      o früher, welche:                      o nein
- Suchtkrankheit?	o ja                      o Alkohol                      o nein o Medikamente o andere Drogen
- Pflegebedürftigkeit?	o nein o ja                      o Nahrungsmittelaufnahme o Aus-/Ankleiden o Körperpflege o Fortbewegung o Hilfsmittel, welche? Pflegegrad:    o 1    o 2    o 3    o 4    o 5
Liegt eine erhebliche Beeinträchtigung der Wegefähigkeit oder beim Treppensteigen vor?	o ja                      o nein
Wäre Patient mit der geschützten Abteilung einverstanden?	o ja                      o nein
Schlafapnoegerät / sonstige Hilfsmittel?	o ja, welche:                      o nein
Körpergröße, Gewicht:	_____ cm    _____ kg
Bemerkungen:	
Terminwunsch:	

Hiermit melde ich den o.g. Patienten zur stationären Behandlung in der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik an.

Datum

Stempel

Unterschrift,  
(Einweisender Arzt)

**Wir bitten um vorherige ambulante Abklärung organischer Erkrankungen. Ansonsten kann es sein, dass eine Aufnahme zur stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nicht möglich sein könnte.**