Patientenanmeldung

stationäre psychiatrisch-psychosomatische Behandlung

BARMELWEID

ANGABEN ZUR PATIENTIN / ZUM PATIENTEN:

Nachname

Vorname

Adresse

Weitere Adressangaben

PLZ

Ort

Geschlecht

- ◯ männlich
- ◯ weiblich

Geburtsdatum

Telefon

Mobile

E-Mail privat

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG:

Versicherung

Sozialversicherungsnummer

Versicherungsart

- ◯ Krankheit
- ◯ Unfall

Klasse

- ◯ allgemein (2-Bettzimmer)
- ◯ halbprivat (2-Bettzimmer)
- ◯ privat (1-Bettzimmer)

Zusatz ganze Schweiz

- ◯ ja
- ◯ nein

Patient/-in kommt von zu Hause:

- ◯ ja
- ◯ nein

Wunsch-Eintrittstermin

ANGABEN ZUR EINWEISUNG:

PSYCHIATRISCHE UND SOMATISCHE DIAGNOSEN UND AKTUELLE PROBLEMATIK

ÄRZTLICHE BEGRÜNDUNG FÜR DIE STATIONÄRE REHABILITATION

Arztbericht als Beilage

○ ja ○ nein

Um ein umfassendes Bild der Vorgeschichte und Befunde zu bekommen, bitten wir um Zusendung relevanter psychiatrischer und somatischer Berichte.

FOLGENDE FRAGEN MÜSSEN FÜR DIE STATIONÄRE BEHANDLUNG BEANTWORTET WERDEN

	JA	NEIN
Sind ausreichende Deutschkenntnisse vorhanden?	○	○
Besteht eine Alkohol- und / oder Drogenabhängigkeit?	○	○
Ist eine Psychose die behandlungsbegründende Diagnose?	○	○
Ist eine Suizidalität ausgeschlossen?	○	○
Ist eine PEG / künstliche Ernährung nötig?	○	○
Ist ein ZVK / Port-à-cath vorhanden?	○	○
Ist ein Dauerkatheter / Cystofix vorhanden?	○	○
Ist ein VAC / eine aufwendige Wundpflege nötig?	○	○
Besteht eine laufende Chemotherapie?	○	○
Ist eine schwere kognitive Beeinträchtigung / Demenz vorhanden?	○	○
Besteht eine stabile Wohnsituation?	○	○
Besteht eine Beistandschaft?	○	○
Ist eine aktuelle somatische Symptomatik ausreichend abgeklärt?	○	○
Ist die Person selbständig bei folgenden Tätigkeiten: - Essen / Trinken - Körperpflege - Ausscheidung	○ ○ ○	○ ○ ○
Ist die Patientin / der Patient mobil und kann am Rollator mehr als 100 m gehen?	○	○
Kann die Patientin / der Patient selbstständig den Transfer in und aus dem Rollstuhl machen?	○	○
Besteht eine Dialysepflicht?	○	○

Allenfalls erfolgt eine persönliche Rücksprache bei Dialysepflichtigkeit, deutlich eingeschränkter Selbständigkeit, bei einem hohen pflegerischen Unterstützungsbedarf oder somatischer Multimorbidität.

ANGABEN ZUM EINWEISER:

Anrede

Titel

Praxis / Klinik

Nachname

Vorname

Adresse

Weitere Adressangaben

PLZ

Ort

E-Mail

Telefon

Datum

Stempel und Unterschrift:

KONTAKT | **Telefon** | **E-Mail**

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | 062 857 22 51 | psychosomatik@barmelweid.ch

---

***** Alle Angaben können an die vertrauensärztlichen Dienste der Kostenträger weitergeleitet werden. *****