| | | |
|---|---|---|
| **Kliniken Erlabrunn gGmbH** | | Kliniken Erlabrunn |
| **Vorstationärer Assessmentbogen** | | |
| **Psychosomatische Klinik** | | |
| **Fax.-Nr.:** | **03773/62306** | |
| **Email:** | **psychotherapie@erlabrunn.de** | |
| **Stand: 03/2022** | **Am Märzenberg 1A, 08359 Breitenbrunn** | |

| | |
|---|---|
| **Name des Anmelders/ Telefonnummer:** | |

| | |
|---|---|
| **Datum der Anmeldung** | |
| **Name des Patienten** | |
| **Adresse** | |
| **Telefonnummer** | |
| **Geburtsdatum** | |
| **Krankenkasse** | |
| **Hausarzt** | |
| **Psychiater/Psychologe** | |
| **Aufnahmegrund/Diagnostik n.ICD-10** | |
| **Körperliche Einschränkung/ Bewegungseinschränkung**<br>**Körpergröße:**<br>**Gewicht: BMI:** | **JA:** ☐ **NEIN:** ☐ |
| **Alkohol** | **JA:** ☐ **NEIN:** ☐ |
| **Drogen** | **JA:** ☐ **NEIN:** ☐<br>wenn JA, welche: |
| **Medikamente** | |
| **Liegt eine Betreuung vor?**<br>**Wenn ja, wer ist Betreuer?**<br>**Name/Telefonnummer** | |

| | |
|---|---|
| **Suizidalität** | |
| **Rentenverfahren** | |
| **Letzter Klinikaufenthalt wann und wo** | |
| **Bemerkungen,**<br><br>**besondere psych. Symptome z.B.**<br>**-Synkope**<br>**-dissoziative Störungen**<br>**-selbstverletzendes Verhalten** | |