

## Kurzbefund

Mit diesem Kurzbefund möchten wir es Ihnen erleichtern, uns ein Bild vom derzeitigen Zustand Ihrer Patientin/ Ihres Patienten zu zeichnen.

**Patientendaten** (Name, Vorname, Geburtsdatum):

**Einweisungsdiagnosen** (nach ICD-10):

**Begründung der Notwendigkeit der stationären Behandlung** (z.B. Akuität, Abstand vom häuslichen und beruflichen Umfeld, ambulante Psychotherapie zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausreichend oder noch nicht möglich):

**Ambulante Psychotherapie:**

Ja: Seit wann?

Nein: Welche Versuche wurden bisher unternommen, um einen ambulanten Therapieplatz zu erhalten (z.B. Sprechstunden, Probatorische Sitzungen, Wartelisten)?

**Psychopharmakologische Medikation:**

**Suchtanamnese:**

Aktuelle Einschätzung von **Suizidalität** und/ oder **selbstverletzendem Verhalten**:

Hinweise auf **psychotisches Erleben**:

Datum, Unterschrift, Stempel

**Vielen Dank für Ihre Mühe, Ihre Angaben sind für uns sehr hilfreich!**

Für weitere Anmerkungen oder Rückfragen erreichen Sie unsere Aufnahmeabteilung unter den Rufnummern: **08386/9622 -457, -452 und -463** zu den folgenden Zeiten:

**Montag bis Mittwoch:** 08.00 bis 12.00 Uhr und 13.00 bis 16.00 Uhr  
**Donnerstag:** 08.30 bis 12.00 Uhr und 13.00 bis 16.00 Uhr  
**Freitag:** 08.00 bis 12.00 Uhr