



Sehr geehrte Frau Kollegin, Sehr geehrter Herr Kollege,

wir bedanken uns für die Einweisung Ihres Patienten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____ Telefon: _____

Zur Vorbereitung der Aufnahme und Terminvergabe bitten wir Sie und Ihren Patienten die folgenden Formulare mit diesem Anschreiben ausgefüllt an uns zurückzusenden.

Vom Patienten auszufüllen: ▪ Schmerzfragebogen der DSG

- Vom einweisenden Arzt:
- Einweiser-Checkliste
 - Ärztliche Verordnung der Krankenhausbehandlung
 - Diagnosen
 - Vorbefunde, inklusive Bildgebung (schriftlich in Kopie)
 - Aktueller Medikamentenplan (vollständig)

Dinglichkeit der stationären Behandlung: mittel hoch **sehr hoch**

Die Bereitschaft zu Psychologischen Therapieverfahren

ist gegeben nicht gegeben

Alkohol- oder Drogenabhängigkeit ja nein

Medikamentenabhängigkeit ja nein

Komplexe psychiatrische Komorbidität ja nein

Suizidalität ja nein

Hygienerelevante/infektiöse Krankheiten ja nein

Wenn ja, welche?

Hilfebedarf ist vorhanden: ja, bei nein

Waschen Ankleiden Essen Toilettengang Gehen

Treppensteigen Rollstuhlfahrer

Unterschrift/Stempel einweisender Arzt

Telefon: _____

E-mail: _____