Hausarzt/einweisender Arzt:

Patient:

Adresse:

Telefonnummer:

Aufnahmegrund:

Patient kommt mit Unterbringungsbeschluss [ ]  ja [ ]  nein

 Unterbringung nach [ ]  BGB [ ]  UG

Patient geschäftsfähig: [ ]  ja [ ]  nein

Dringlichkeit: Suizidal? [ ]  ja [ ]  nein

Besteht Betreuung? [ ]  ja Name:

 Telefon:

 [ ]  nein

Besteht Vorsorgevollmacht? [ ]  ja Name:

 Telefon:

 [ ]  nein

Patient geh- und stehfähig? [ ]  ja [ ]  nein

Auf Hilfsmittel angewiesen? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja welche?

Bei akut somatischen Erkrankungen:

Abklärung und Behandlung erfolgt? [ ]  ja [ ]  nein

Welche?

(Pat. mit Monitor/Beatmungspflicht/Sauerstoffpflicht/Trachealkanüle werden nicht aufgenommen)

Problemkeime? [ ]  nein

[ ]  ja: [ ]  MRSA [ ]  ESBL [ ]  Clostridien [ ]  VRE

Konsum von Suchtmittel? (Drogen, Alkohol)

Psychiatrische Vor-/Begleitbehandlung? [ ]  ja [ ]  nein

Falls ja, welche:

Somatische Begleiterkrankungen:

Aktuelle Medikation: (seltene oder teure Medikamente?)

Unverträglichkeiten / Allergien? Kostform:

**Per Fax an PAZ: 09131 – 753 2774**

Aufnahme **nur** nach telefonischer Rücksprache!