

**Patientenanmeldung stationär**  
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

**Angaben zur Patientin / zum Patienten (\* Pflichtfelder)**

Name\* \_\_\_\_\_ Geschlecht\* weiblich männlich  
 Vorname\* \_\_\_\_\_  
 Strasse / Nr.\* \_\_\_\_\_ Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort\* \_\_\_\_\_  
 Telefon/Mobile\* \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_

**Angaben zur Versicherung (\* Pflichtfelder)**

Krankenversicherung \_\_\_\_\_  
 Vers.-Nr. \_\_\_\_\_  
 Sozialversicherungsnummer\* \_\_\_\_\_  
 Versicherungsart Krankheit Unfall  
 Versicherungsstatus Allgemein Halbprivat Privat  
 Zusatz ganze CH ja nein  
 Patient kommt von zu Hause ja nein

Wunscheintrittstermin \_\_\_\_\_

Die Patientin / der Patient ist über die Anmeldung zur stationären Behandlung informiert und einverstanden.

**Angaben zum Einweiser (\* Pflichtfelder)**

Anrede\* \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
 Praxis / Klinik \_\_\_\_\_  
 Name\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_  
 Strasse / Nr.\* \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort\* \_\_\_\_\_  
 E-Mail\* \_\_\_\_\_ Telefon\* \_\_\_\_\_  
 Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Angaben zur Einweisung**

*Hinweis: Sie können das Aufnahmeverfahren beschleunigen, in dem Sie nachfolgende Felder möglichst vollständig (stichwortartig) ausfüllen und sämtliche relevanten Vor- und Behandlungsberichte mitschicken.*

**Psychiatrische und somatische Diagnosen (ICD10, F-Diagnosen)**

**Zuweisungsgrund / Begründung / aktuelle Situation (AUF, IV)**

**Gewünschte Behandlung / Behandlungsziele**

**Relevante Befunde (psychiatrisch-psychotherapeutisch und somatisch)**

**Bitte schicken Sie relevante psychiatrische und somatische Vor- und Befundberichte mit!**

**Folgende Fragen müssen für die stationäre Behandlung beantwortet werden**

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

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

**Kontakt**

Klinik Barmelweid  
 Departement für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 5017 Barmelweid  
 062 857 22 51  
[psychosomatik@barmelweid.ch](mailto:psychosomatik@barmelweid.ch)

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