

☐ Frau ☐ Herr

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Krankenkasse _____ Patienten-Telefon _____

Adressaufkleber

Patientenüberleitung

© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Anlage: Psychiatrie/Sucht

Facharzt

☐ eigene Wohnung ☐ betreutes Wohnen ☐ ohne festen Wohnsitz

Sozialkontakte ☐ unterstützend ☐ problematisch ☐ fehlend

berufstätig ☐ ja ☐ nein Ehrenamtlich tätig ☐ ja ☐ nein

Psychosoziale Aspekte	nein	ja	zeitweise
Aggressives Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbstgefährdung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression / Manisches Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wahn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halluzinationen / Wahrnehmungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angst <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	nein	ja	zeitweise
Antriebsminderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umtriebigkeit (Psychomotorische Unruhe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regressives Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kotschmierer / Kotessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apraxie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agnosie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sucht

Krankhaftes, unwiderstehliches Verlangen nach Suchtmitteln und/oder unkontrollierter Umgang mit Alkohol, Medikamenten, Nikotin oder Drogen

Aktueller Konsum: ☐ ja ☐ nein

Entzugssymptomatik: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise

Art: ☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Nikotin ☐ Spielsucht

Substitution:

Vergabestelle:

Ansprechpartner:

Empfehlung / Status:

Telefon-Nummer

Datum

Name/Unterschrift der Fachkraft