

Geltungsbereich: BK Obermain, KPPP – PIA Kutzenberg

Ziel: Sicherstellung der Dokumentation der Aufnahmedaten

Telefonkontakt am: _____ Mitarbeiter/in: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse, Wohnort: _____

Telefon (für Rückfragen, Terminvergabe etc.): _____

Dürfen wir uns bei Rückruf als PIA melden? ☐ ja ☐ nein

Dürfen wir ggf. auf Ihren Anrufbeantworter / Mailbox sprechen? ☐ ja ☐ nein

Aktuelle Tätigkeit: _____ Wird der Beruf noch ausgeübt? ☐ ja ☐ nein

Krankschreibung: ☐ ja ☐ nein seit wann? _____ Grund: _____

Laufendes Rentenverfahren? / Wunsch nach Rente? ☐ ja ☐ nein

BetreuerIn: ☐ nein ☐ ja, seit _____ Name des Betreuers: _____

Pflegegrad: ☐ nein ☐ ja, seit _____

Schwerbehindertenausweis: ☐ nein ☐ ja, seit _____ Prozent: _____

Überweisung durch: _____ Krankenversicherung: _____

Welche Erkrankungen oder Beschwerden führen Sie in die PIA?

Wie lange sind Sie schon erkrankt?

Bei wem waren Sie bisher in Behandlung (Ärzte inkl. Fachärzte, Therapeuten, teilstationär, stationär)?

Falls ja, wann und wegen welchen Beschwerden?

Aktuelle Anbindung: Hausarzt: _____

Ambulanter Psychiater: _____

Ambulanter Psychotherapeut: _____

Stehen Sie aktuell auf Wartelisten? _____

Im Falle von ADHS Testungen: Liegt eine fachärztliche Überweisung durch einen Psychiater / Neurologen vor? Dies ist zur ADHS Diagnostik zwingend notwendig : ☐ ja ☐ nein

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? Seit wann? Wer verschreibt diese Ihnen?

Wie ist Ihre aktuelle Lebenssituation (Wohnung, Familie, Freundeskreis, Hobbies, Sport)?

Was ist Ihr Anliegen?

Prüfung der PIA-Indikation über Facharzt

erfolgt am: _____

PIA-Kriterien erfüllt?

durch: _____

Suizidalität ☐ ja ☐ nein

Multimorbidität ☐ ja ☐ nein

Chronifizierung ☐ ja ☐ nein

Schweregrad ☐ ja ☐ nein

Teambesprechung

erfolgt am: _____

Ergebnis: _____

Wer ruft den Patienten an? _____