
	Formular TK PSOM Hs. 35 – Antrag auf Wiederaufnahme	Seite 1 von 2
 Zentrum für Integrative Psychiatrie		Revision: 001/06.2018
Zentrum für Integrative Psychiatrie gGmbH – Campus Lübeck		ID: 212819

Für die Psychosomatische Tagesklinik Haus 35 der ZIP gGmbH,
 Ratzeburger Allee 160
 23538 Lübeck
 Tel. 0451 – 500 98888
 Fax. 0451 – 500 98774

Name:
 Vorname:
 Geburtsdatum:
 Tel.:
 Mail:
 Anschrift:

Zeitpunkt der letzten Behandlung:
Behandlung in unserer Psychiatrischen Institutsambulanz PIA ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wer ist ihr/e behandelnde/r Therapeut/in?
Welche Vereinbarungen wurden bei der letzten Entlassung getroffen? Wie gut ist es Ihnen gelungen, die Vereinbarungen einzuhalten?
Welche Behandlung(en) ist/sind seit dem letzten Aufenthalt erfolgt?

Bearbeitet am: 21.06.2018	Przywara, Anke - 21.06.2018
---------------------------	-----------------------------

Welche Problembereiche stehen für die geplante Behandlung im Vordergrund?

Welche Therapieziele planen Sie für die kommende Behandlung?

Welche Selbstverpflichtungen bestehen? Bitte ankreuzen!

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Non-Suizid-Entschluss? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verzicht auf Selbstverletzungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aufbau eines gesunden Essverhaltens? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verzicht auf Alkohol und Drogen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Körperliche Betätigung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aufnahme von Ausbildung und Berufstätigkeit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Veränderung der Wohnsituation? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aufbau von tragenden Sozialkontakten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt:

- sofort
- flexibel
- Vorlauf von ____ Wochen

Datum:

Unterschrift: