

Liebe Kolleg*innen,

Sie haben sich für Ihren Patienten, für eine Behandlung im Zentrum für Integrative Psychiatrie am Campus Kiel entschieden. Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns.

Bitte senden Sie uns schnellstmöglich den *Anmeldebogen der Villa Karlstal* zu, damit wir mit dem Aufnahmeprozess beginnen können.

Zusätzlich benötigen wir von dem Patienten den *Allgemeinen Aufnahme-/ Anmeldefragebogen für Patienten* ausgefüllt und zugesandt.

Bitte senden Sie alle Unterlagen an unser **Belegungsmanagement**. Für Rückfragen stehen wir Ihnen auch gerne telefonisch zur Verfügung unter **Tel.: 0431-500 98550**.

Herzlichen Dank

Ihr Team des Belegungsmanagements

Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH

Belegungsmanagement

Niemannsweg 147

24105 Kiel

E-Mail: belegungsmanagement.zip.kiel@uksh.de

Fax: 0431 500-19998550

1. Angaben zur Person

Herr Frau divers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße : _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer (tagsüber): _____

E-Mail: _____

Patient war bereits im Zentrum für Integrative Psychiatrie in Behandlung:

nein ja Wenn ja, wann: _____

2. Einweisender/überweisender Therapeut/Arzt

Name, Vorname: _____

Arzt/Therapeut*in: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Diagnosen: _____

Behandlungsauftrag: _____

Vorbefund(e) Arztbrief(e) Einweisungsschein (liegt bei)

Patient: _____ **Geb. Datum:** _____

3. Prüfung der Ausschlusskriterien (alle müssen erfüllt sein)

- Es liegt keine akute Suizidalität vor. Der letzte Suizidversuch liegt mind. 2 Wochen zurück.
- Es besteht seit mind. 3 Monaten kein Substanzmissbrauch, d.h.: Es besteht kein Konsum von Drogen, Alkohol, Benzodiazepinen und nicht verordneten Medikamenten.
- Es liegen keine schweren kognitiven Beeinträchtigungen vor.

4. Aufklärung des Patienten

Der Patient ist über folgende Modalitäten aufgeklärt worden und hat sich einverstanden erklärt (alle müssen erfüllt sein):

- Gewährleistung telefonischer Erreichbarkeit.
- Anwesenheitspflicht Mo. – Fr. jeweils 08:00 Uhr bis 16:00 Uhr für ca. 6 - 8 Wochen.
- Bereitschaft zur aktiven Teilnahme an allen abgesprochenen therapeutischen Maßnahmen.
- Verzicht auf den Konsum von Drogen, Alkohol und nicht verordneter Medikamente für die Dauer der tagesklinischen Behandlung.

Bitte beachten Sie: Die Villa Karlstal ist nicht barrierefrei.

5. Anmeldung Arzt/ Therapeut*in

Datum, Unterschrift

6. Erklärung zur Anmeldung (vom Patienten zu unterschreiben)

Ich bin damit **einverstanden, dass meine Daten im System des Zentrums für integrative Psychiatrie ZIP gGmbH verarbeitet und zum Zweck der Behandlung gespeichert werden** dürfen. Ich habe die entsprechenden **Informationen zu Datenverarbeitung und Datenschutz für Patienten** gelesen, die diesem Schreiben beilag.

Hinweis zum Recht auf Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich das Einverständnis freiwillig abgebe und dieses von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich teilweise oder insgesamt widerrufen werden kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht berührt.

Datum, Unterschrift

Ich habe den Fragebogen sorgfältig gelesen und wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Datum, Unterschrift