

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 Tagesklinik am Niemannsweg 147* 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: _____

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

Patient: _____ Geb. Datum: _____

3. Behandlungskonzept

Diagnosen: _____

Behandlungskonzept: DBT allgemeinpsychiatrisch

- Der Patient kann sich in den Abendstunden und am Wochenende alleine verwalten.
- Der Patient ist dazu fähig sich an Regeln und Absprachen zu halten (nicht akut manisch, akut psychotisch).
- Der Patient kann sich in ein Gruppensetting integrieren.
- Der Patient ist motiviert für einen therapeutischen Aufenthalt von 6-8 Wochen.

4. Prüfung der Ausschlusskriterien (alle müssen erfüllt sein)

- Es liegt keine akute Suizidalität vor. Der letzte Suizidversuch liegt mind. 2 Wochen zurück.
- Es besteht aktuell kein Fremdgefährdungspotenzial.
- Es steht keine Abhängigkeitserkrankung bei dem Patienten im Vordergrund, d.h.: Es besteht kein regelmäßiger Konsum von Drogen, Alkohol, Benzodiazepinen und nicht verordneten Medikamenten.
- Ein Drogenscreening am Starttag muss zwingend negativ sein!**
- Der Patient hat einen festen Wohnsitz in Kiel (und naher Umgebung), sodass öffentliche Verkehrsmittel möglich sind.
- Es besteht keine Demenz oder andere schwere kognitive Einschränkungen.

5. 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 16:30 Uhr für ca. 6-8 Wochen.
- Verpflichtung zur aktiven Teilnahme an allen abgesprochenen therapeutischen Maßnahmen, inkl. Gruppentherapien.
- Verzicht auf den Konsum von Drogen, Alkohol und nicht verordneter Medikamente für die Dauer der tagesklinischen Behandlung.

6. Anmeldung Arzt/ Therapeut*in

Datum, Unterschrift

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

7. 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