

Für die psychosomatische Tagesklinik Haus B20 der ZIP gGmbH,
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Tel.: 0451 500-98888
Fax: 0451 500-98774

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Tel.:

E-Mail:.....

Anschrift:

Zeitpunkt der letzten Behandlung:

Behandlung in unserer Psychiatrischen Institutsambulanz PIA ? ja 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?

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: