

Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH
Stationäres Patientenaufnahme-
management Haus B22
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Ihre Ansprechpartner im Aufnahmemanagement:
E-Mail: belegungsmanagement.zip.luebeck@uksh.de
Telefon: 0451 500-98882
Fax: 0451 500-98514

Nur vom Aufnahmemanagement auszufüllen

Aufnahmedatum:

Besonderheiten:

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass Sie sich für eine Behandlung bei uns interessieren. Unser Behandlungsangebot richtet sich vor allem an Menschen mit Essstörungen und Menschen mit somatischen Belastungsstörungen.

Der Schwerpunkt unserer Behandlung liegt auf einer intensiven Psychotherapie. Daneben sind auch Essbegleitung und angemessene körperliche Aktivität wichtig.

Ziel der Behandlung ist es, Ihnen zu helfen, bestimmte Verhaltensmuster zu verändern, um Ihre Erkrankung zu bewältigen. Daher möchten wir an dieser Stelle wissen, was Ihre Hauptprobleme sind und welche Verhaltensmuster Sie im Rahmen der Behandlung verändern möchten.

Leider müssen Sie bei Ihrer Anmeldung bei uns mit einer gewissen Wartezeit rechnen. Bitte melden Sie sich bei uns, wenn Sie in der Zwischenzeit eine andere Therapie gefunden haben und keine Behandlung mehr bei uns wünschen.

Bitte denken Sie daran, dass wir Ihre Anmeldung nur bearbeiten können, wenn auch Ihr gegenwärtiger Behandler den Teil B der Anmeldung ausgefüllt hat.

Herzliche Grüße

Station B6.01

Teil A – vom Patienten selbst auszufüllen

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Größe / Gewicht:

Telefon:

E-Mail:

Anschrift vom festen Wohnsitz:

Aufnahme möglich ab:

Meine Hauptbeschwerden sind:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Folgende Verhaltensmuster tragen möglicherweise zu meiner Erkrankung bei. Ich würde diese gern im Rahmen der Behandlung verändern:

Folgende Behandlungen habe ich schon wahrgenommen (ambulant / stationär / teilstationär):

Datum und Klinik des letzten stationären Aufenthaltes:

Manchmal wird sehr kurzfristig ein Behandlungsplatz frei. Wenn Sie bereit und in der Lage sind, einen Aufnahmetermin auch sehr kurzfristig von einem Tag auf den anderen anzunehmen, können wir Ihnen möglicherweise auch schneller einen Behandlungsplatz anbieten.

- Ja, ich bin der Lage auch sehr kurzfristig von einem Tag auf den anderen zu erscheinen.
 Nein, ich brauche ein paar Tage Vorbereitung und will auf jeden Fall einige Tage vor der Aufnahme angerufen werden.

Datum:

Unterschrift:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit der Erfassung und Verarbeitung Ihrer Daten zum Zwecke des Aufnahmemanagements einverstanden sind.

Teil B – vom niedergelassenen Behandler auszufüllen

Checkliste für die Eignung zur Behandlung bei uns (bitte ankreuzen).

- Im Vordergrund stehende Essstörungen *oder* somatische Belastungsstörung *oder* dissoziative Störung.
- Bereitschaft, im Rahmen eines intensiven Behandlungsprogramms Verhaltensmuster zu verändern.
- Möglichkeit, an den Gruppentherapien im 2. OG teilzunehmen (KEIN Fahrstuhl vorhanden).
- Es steht *keine* andere psychische Störung im Vordergrund, z.B. Borderline Persönlichkeitsstörung *oder* Abhängigkeitserkrankung (insbesondere Suizidversuche, Selbstverletzungen und Substanzmissbrauch in den letzten sechs Monaten).
- Patientin/Patient hat einen festen Wohnsitz und kann jederzeit bei Abbruch der Behandlung dahin zurückkehren.
- Eine ambulante Behandlung ist gegenwärtig nicht ausreichend.

Bitte melden Sie nur Patientinnen und Patienten an, wenn Sie alle Punkte auf der Checkliste angekreuzt haben. Sollte einer der Punkte nicht erfüllt sein, halten Sie bitte Rücksprache und begründen die Ausnahme schriftlich. Vielen Dank.

Bitte senden Sie Ihnen vorliegenden Vorbefunde mit. Vielen Dank.

Diagnose(n):

Behandlungsziel:

Praxisstempel oder Name und Telefon:

Datum:

Unterschrift: