

Liebe Kolleg:innen,

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

Bitte senden Sie uns schnellstmöglich den *Anmeldebogen der Tagesklinik am Klaus-Groth-Platz* zu, damit wir mit dem Aufnahmeprozess beginnen können.

Zusätzlich benötigen wir von der Patientin/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 500-98534

1. Angaben zur Person

Herr Frau Divers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße : _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer (tagsüber): _____

E-Mail: _____

Patient:in war bereits im Zentrum für Integrative Psychiatrie in Behandlung:

nein ja Wenn ja, wann: _____

2. Einweisende:r/überweisende:r Therapeutin/Therapeut/Ärztin/Arzt

Name, Vorname: _____

Ärztin/Arzt/Therapeutin/Therapeut: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Vorbefund(e)

Arztbrief(e)

Einweisungsschein (liegt bei)

Patient:in: _____ Geb. Datum: _____

3. Behandlungsrahmen

Diagnosen: _____

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

Therapeutischer Auftrag: _____

4. Prüfung der Ausschlusskriterien (alle müssen erfüllt sein)

- Es liegt keine akute Suizidalität vor. Der letzte Suizidversuch liegt mind. 2 Monate zurück.
- Es gibt aktuell kein selbstverletzendes Verhalten mit medizinischem Behandlungsbedarf.
- Es besteht aktuell kein Fremdgefährdungspotenzial.
- Es besteht keine restriktive Essstörung/Untergewicht.
- Es besteht seit mindestens zwei Monaten kein Substanzmissbrauch, d.h.: Es besteht kein regelmäßiger Konsum von Drogen, Alkohol, Benzodiazepinen und nicht verordneten Medikamenten.
- Ein Drogenscreening am Starttag muss zwingend negativ sein.**
- Patient:in hat einen festen Wohnsitz in Kiel (und naher Umgebung), so dass öffentliche Verkehrsmittel möglich sind (keine Fahrtauglichkeit bei möglicher Medikamenteneinstellung).
- Es bestehen keine Demenz oder andere schwere kognitive Einschränkungen.

5. Aufklärung der Patientin/des Patienten

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

- Gewährleistung telefonischer Erreichbarkeit.
- Anwesenheitspflicht montags bis freitags jeweils 08:00 Uhr bis 16:15 Uhr für ca. 6-8 Wochen. Beurlaubungen im Behandlungszeitraum können nicht gewährt werden.
- 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 Ärztin/Arzt/Therapeutin/Therapeut

Datum, Unterschrift

Patient:in: _____ Geb. Datum: _____

7. Erklärung zur Anmeldung (von der Patientin/dem 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