

Patientin/Patient

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

E- Mail Adresse _____

**Universitätsklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie Campus OWL**

Univ.-Prof. Dr. med. G. Paslakis, MBA
Leitender Arzt

Virchowstraße 65

32312 Lübbecke

Telefon: 05741 / 35 0 (Zentrale)

Sekretariat: 05741 / 35 47 45 00

Fax: 05741 / 35 27 10

E-Mail: psychosomatik@muehlenkreiskliniken.de

**Sie erhalten per E- Mail eine
Eingangsbestätigung**

ANMELDUNG

Bitte beachten Sie, dass keine ausführliche körperliche Diagnostik durchgeführt werden kann und eine Aufnahme ausschließlich stationär erfolgt. Vielen Dank.

Relevante Symptome und/oder Diagnose für die Einweisung:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Aktiver Substanzgebrauch (Alkohol, Benzos, illegale Drogen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Aktive Selbstverletzungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Akute Eigen- oder Fremdgefährdung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Steht relevante körperliche Diagnostik/Therapie aus? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Erhöhter Pflegebedarf bzw. Pat. unselbstständig im Alltag | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Ausreichende Therapiemotivation | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. BMI über 13 kg/m² und Gewicht unter 150 kg | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ausschlusskriterien: Demenz, Schizophrenie/Psychose, aktive bipolar-affektive Störung, aktive Suchterkrankung, ausgeprägte Intelligenzminderung, akute Krise (da nur elektive Aufnahmen)

Es können nur Anmeldungen mit ausreichenden Informationen berücksichtigt werden. Sollten eine oder mehrere der Fragen 1 bis 5 mit „ja“ bzw. Frage 6 oder 7 mit „nein“ beantwortet werden, so bitten wir um telefonische Rücksprache zur weiteren Klärung. Vielen Dank.

Anmerkungen:

Anmeldende*r Ärztin/Arzt oder Psychotherapeut*in:

Name _____

Stempel

Telefon _____