MKZ Medizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit | UKRUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

Patientin/Patient

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

E- Mail Adresse _____

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Campus OWL

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)	☐ Ja	☐ Nein
2. Aktive Selbstverletzungen	☐ Ja	☐ Nein
3. Akute Eigen- oder Fremdgefährdung	☐ Ja	☐ Nein
4. Steht relevante körperliche Diagnostik/Therapie aus?	☐ Ja	☐ Nein
5. Erhöhter Pflegebedarf bzw. Pat. unselbstständig im Alltag	☐ Ja	☐ Nein
6. Ausreichende Therapiemotivation	☐ Ja	☐ Nein
7. BMI**über 15 kg/m²** und Gewicht **unter 150 kg**	☐ Ja	☐ Nein
8. Befinden Sie sich zurzeit in einem polizeilichen Ermittlungsverfahren?	☐ Ja	☐ 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 _____