

Frau Herr

Name, Vorname geb. am

Straße Nr. PLZ Ort

Krankenkasse Patienten-Telefon

Patientenüberleitung

© Krefelder Pflegekonferenz und Gesundheitskonferenz
angelehnt an Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Anlage: Psychiatrie/Sucht

Behandelnde/r Ärztin/Arzt:	Fach:	Telefon:
<input type="checkbox"/> eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> betreute Wohnform	<input type="checkbox"/> ohne festen Wohnsitz

Verhalten/Einstellungen

Kennt Patient/in Grund der Einweisung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bedingt	Ist Patient/in krankheitseinsichtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bedingt
Dissimulation?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja: Intensität: <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> •• <input type="checkbox"/> •••	
Sind Besonderheiten bei der Medikamenteneinnahme zu beachten (z.B. müssen zerkleinert werden, Patient/in versucht diese auszuspucken)?			

Sozialkontakte

<input type="checkbox"/> unterstützend	<input type="checkbox"/> problematisch	<input type="checkbox"/> fehlend	Erhält Patient/in Besuch?	ja	nein	gelegentlich
berufstätig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ehrenamtl. tätig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

Psychosoziale Aspekte

	nein	ja	zeitweise		nein	ja	zeitweise
Aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antriebsminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Umtriebigkeit (Psychomotorische Unruhe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depress. Zustand/Manisches Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kotschmierer/Kotessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinationen/Wahrnehmungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apraxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agnosie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aphasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Sonstige:			
Intimsphäre (z.B. Enthemmung)							

Sucht

(Krankhaftes, unwiderstehliches Verlangen nach Suchtmitteln und/oder unkontrollierter Umgang mit Alkohol, Medikamenten, Nikotin oder Drogen)

Aktueller Konsum: ja nein

Entzugssymptomatik: ja nein zeitweise Entzugsanfälle

Art: Alkohol Drogen Medikamente Nikotin Spielsucht Internet/PC

Sonstiges:

Ansprechpartner/ggf. Beratungsstelle:

Substitution:

Substitutionsausweis: ja nein

Vergabestelle:

Wünsche zum Wohlbefinden

Vorlieben/Abneigungen

Empfehlung/Status: