

Anmeldeformular für eine geplante Aufnahme

Voraussetzung ist die vorherige Begutachtung durch **CONTACT (01/400087387)**

Klebeetikette

Zuweisende Klinik:
Rückrufnummer:

Suchtmittel (mehrfach Nennungen möglich):

☐ Opiate ☐ Kokain ☐ BZD ☐ Alkohol ☐ THC ☐ Amphetamine ☐ GHB ☐ sonstige (z.B.: Lyrica, ...)

Suchtspezifisches Behandlungsziel:

☐ Komplettentzug ☐ Teilentzug ☐ medikamentöse Therapieoptimierung ☐ Stabilisierung

Diagnosen (relevante Nebendiagnosen):

MMSE:

Medikation:

Mobilität: ☐ Selbständig ☐ Rollstuhl ☐ Gehhilfe

Körperpflege: ☐ Selbständig ☐ Teilweise selbständig ☐ Unselbständig

Ausscheidung: ☐ Kontinent ☐ Teilweise kontinent ☐ Inkontinent

Versicherungsstatus: ☐ Aufrecht ☐ Schutzfrist ☐ Nicht versichert

Wohnsituation:

Soziale Dienste:

Erwachsenenvertretung:

Laufende Anträge (z.B.: Pflegegeld, Erwachsenenvertretung, suchtspezifische Nachbetreuung):

Unterschrift d. Pat.

Anmeldeformular
für eine geplante
Aufnahme

Seite 1/1

Datum	Dok Nr	Version	Datenkl.	Revision	Erstellt	Freigegeben	Koordination	Prüfung	Freigabe
07.05.2024	OWS ZSU 412	2.0	---	07.05.2025	FBKP Kail	M.Z./ S.D.S.	M.Z./ S.D.S.	M.Z./ S.D.S.	M.Z./ S.D.S.