**API Treffpunkt 1050**

1050 Wien, Wiedner Hauptstraße 150

Tel: 01/88010-1400, Fax: 01/88010-91400

|  |
| --- |
| **Anmeldung zur stationären Aufnahme - Abteilungen I und III****Alkohol-, Medikamenten-, Spielsucht** |
| **Nachname** |  **Vornamen** |  |
|  |  |  |
| **Geschlecht** |   [ ]  männlich   [ ]  weiblich | [ ]  divers  |
| **Geburtsdatum** | **Nationalität** | **SV-Nr.** |
|       |       |       |
| **Adresse** | **Krankenkasse** |
| Straße:       Hausnummer:      Postleitzahl:       Ort:      Gemeinde:       Bezirk:       |       |
| **Telefon** |
|       |
| **e-mail:**  |       |
| **Mitversichert bei (Name, Geburtsdatum, SV-Nr.):** |
|       |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zuweisende Einrichtung/BetreuerIn:** | **Telefon** | **Fax** |  |
|       |       |       |       |
| **Behandelnde/r Ärztin/Arzt** | **Telefon** | **Fax** |  |
|       |       |       |       |
| **Behandlungsgrund (bitte einen oder mehrere ankreuzen):** |
|  [ ]  Alkohol, [ ]  Medikamente (Benzodiazepine), [ ]  Nikotin [ ]  Spielsucht, [ ]  Online-Spielsucht, [ ]  Kaufsucht, [ ]  sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Cannabis bzw. synth. Cannabinoide, [ ]  Kokain,  [ ]  LSD (Halluzinogene), [ ]  Amphetamine (Speed, Crystal Meth), [ ]  Opiate (Heroin, Fentanyl o.ä.)  [ ]  I.v. Konsum, [ ]  Substitutionstherapie mit: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Psychiatrische / Somatische Diagnosen:**  |
| Akute Psychose Delirium  [ ]  derzeit [ ]  kürzlich Depression: [ ]  Leicht [ ]  Mittel [ ]  Schwer Teilnahme am  Therapieprogramm möglichManische Episode Selbstverletzungen  wenn ja in welchem Ausmaß: Suizidalität Schwangerschaft Rezente Operationen:  wenn ja: welche und wann:  Orientierung gegeben, um sich in einem weitläufigen Haus zurechtzufinden  | [ ]  ja[ ]  ja[ ]  ja [ ]  ja [ ]  ja[ ]  ja[ ]  ja[ ]  ja [ ]  ja [ ]  ja | [ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein | Demenz Intelligenzminderung Diabetes Mellitus Insulinpflichtig (Therapieschema?) COPD  Wenn ja Grad (I – IV):     Leberzirrhose  [ ]  Child A [ ]  Child B [ ]  Child CBlutverdünnungKörperliche Symptomatik, die eine klinische Abklärung notwendig macht wie Herzinsuffizienz, Elektrolytentgleisungen, Karzinome, Harnverhalt oder Harninkontinenz **wenn ja, welche:** | [ ]  ja[ ]  ja[ ]  ja[ ]  ja[ ]  ja[ ]  ja[ ]  ja[ ]  ja | [ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein[ ]  nein |
| Sind in den nächsten 8-12 Wochen wichtige Termine geplant(z.B. bei Ämtern, aber auch Kontrolluntersuchungen oder familiäre Termine?) [ ]  ja [ ]  nein |
| **wenn ja, welche:**  |
| **Aktuelle Medikation:** |
| Arztbrief/Medikationsliste [ ]  ja [ ]  nein**wenn ja, bitte beilegen!**Substitutionstherapie:   [ ]  ja [ ]  nein**wenn ja, womit:** **Kopie vom SG-Rezept bitte beilegen!**     Depot-Medikation  [ ]  ja [ ]  nein     | Chefärztlich-bewilligungspflichtige Medikamente: [ ]  ja [ ]  nein **wenn ja, welche**: CPAP-Maske [ ]  ja [ ]  nein**wenn ja ist diese mitzubringen!**Wird medizinscher Sauerstoff benötigt? [ ]  ja [ ]  nein |
| **Patient\*in:** |
| ist gehfähig ohne Hilfsmittel [ ]  ja [ ]  nein wenn nein, mit welchem Hilfsmittel? Rollstuhl / Rollator/ Gehstock/Krücke  | benötigt Diät [ ]  ja [ ]  neinwenn ja: welche: Körperpflege selbständig möglich: (waschen, anziehen etc.) [ ]  ja [ ]  nein  |
| **Erforderliche Befunde/Unterlagen: (nicht älter als ein Monat)** |
|  Labor [ ]  vorhanden [ ]  noch durchzuführen       |  |
|  Thoraxröntgen [ ]  vorhanden [ ]  noch durchzuführen       |
|  Medikamentenliste [ ]  vorhanden [ ]  noch zu übermitteln |
| **Bisherige Behandlungen/Betreuungen (ambulant und/oder stationär):** |
|            |                 |
| **Deutschkenntnisse:** |
|  [ ] gut [ ] mittel [ ] schlechtbitte beachten Sie, dass **zumindest** eine medizinische Basiskommunikation zu Schmerzen, Vorerkrankungen, Konsum, Medikation, Bedürfnissen u.ä. auf Deutsch möglich sein muss! |
| Muttersprache , wenn nicht Deutsch:  |
| **Unterschrift zuweisende Einrichtung/Arzt** |
|  |
|        |
| Datum Stempel Name |