**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 möglich  Manische 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 C  Blutverdünnung  Körperliche 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  nein  wenn ja: welche:  Körperpflege selbständig möglich: (waschen, anziehen etc.)  ja  nein | | | | | |
| **Erforderliche Befunde/Unterlagen: (nicht älter als ein Monat)** | | | | | | | | | |
| Labor  vorhanden  noch durchzuführen | | | |  | | | | | |
| Medikamentenliste  vorhanden  noch zu übermitteln | | | | | | | | | |
| **Bisherige Behandlungen/Betreuungen (ambulant und/oder stationär):** | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
| **Deutschkenntnisse:** | | | | | | | | | |
| gut mittel schlecht  bitte 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 | | | | | | | | | |