

BeTaWo

Begleitete Tagesstruktur und Wohnen

Fragebogen an den behandelnden Arzt / die Ärztin und an das Behandlungsteam

Sehr geehrte

Herr/Frauhat sich bei uns für die Aufnahme bei **BeTaWo** angemeldet.

Wir haben mit dem Bewerber/in bereits ein Gespräch geführt. Um einen definitiven Entscheid unsererseits fällen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen zusammen mit dem Bewerber/in auszufüllen und an **BeTaWo** zu retournieren. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterstehen der Geheimhaltungspflicht.

Kurze Anamnese:
.....
.....

Problemstellung (Diagnose / ICD Nr.)
.....
.....

Welche Umstände haben zur Klinikeinweisung geführt?
.....
.....

Was sind die aktuellen Schwierigkeiten?
.....
.....

Hospitalisationen: von bis
 von bis
 von bis

Bestehen Suchtprobleme, wenn ja welche, seit wann ? Wie lange schon suchtfrei?
.....
.....

Gibt es therapeutische Massnahmen?
.....
.....

BeTaWo

Begleitete Tagesstruktur und Wohnen

Medikamente:

Nimmt sie/er diese selbständig und zuverlässig ein? Ja Nein

An welchen Symptomen kann eine erneute Erkrankung eventuell frühzeitig erkannt werden (Frühwarnsignale) ?.....

Was hat sich bei beginnender Krise bewährt?

Besteht die Tendenz, dass sie/er sich isoliert? Ja Nein

Wie verhält sie/er sich in Konfliktsituationen?

Besteht Gewaltbereitschaft? Ja Nein
Sind Gewaltereignisse bekannt? Ja Nein
Wenn ja, was für Ereignisse kamen vor?

Besteht Suizidalität? Ja Nein
Kamen Suizidversuche vor? Ja Nein

Wie kann aus ihrer Sicht präventiv gearbeitet werden?

Ist es ihr/ihm möglich, selbst zu verbalisieren, wenn sie/er Hilfe braucht, respektive wenn es ihr/ihm schlecht geht? Ja Nein

Hat es vor dem jetzigen Klinikaustritt schon andere Rehabilitationsversuche gegeben? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Ist bei allfällig notwendigem Wiedereintritt in die Klinik mit Zwangsmassnahmen zu rechnen? Ja Nein

Somatische Erkrankungen (z.B. Allergien, Epilepsie, Diabetes, organische Erkrankungen, Infektionserkrankungen etc.)

BeTaWo

Begleitete Tagesstruktur und Wohnen

Was sehen Sie als Zielsetzung für die Begleitung?

Was haben Sie für Erwartungen an das Team?

Wer übernimmt nach dem Klinikaufenthalt die ambulante Versorgung (bitte Namen und Adresse angeben)

- im psychiatrischen Bereich
- im medizinischen Bereich
- im sozialen Bereich

Was sollten wir noch wissen?

Dieses Formular ist mit mir persönlich ausgefüllt und besprochen worden. Ich bin damit einverstanden, dass es an die verantwortlichen Fachpersonen der nachsorgenden Einrichtung weitergeleitet wird.

Ort und Datum

Unterschrift Bewerber/Bewerberin

.....

.....

Ort und Datum

Stempel / Unterschrift Arzt/Ärztin

.....

.....