

Datum:

Anmelde-Aufnahme-Verfahren

Maria-Himmelfahrt-Str. 1b

51067 Köln

Tel.: 0221 - 82 95 83-64

info@koeln-ring.de

Anmeldebogen – Fachärztin*Facharzt

Allgemeine Angaben

Name:

Vorname:

Geburtstag:

Diagnose:

Bestand bei der*dem Patient*in eine Alkohol-/Medikamenten- und/oder Drogenabhängigkeit?

Besteht wenn ja, noch eine Neigung?

Dauer und Häufigkeit der bisherigen psychiatrischen Behandlung?

Wie sieht die aktuelle Medikation aus?

Wie ist der Umgang mit den verordneten Medikamenten?

Ist die*der Patient*in krankheitseinsichtig? Ja Nein

(bitte ankreuzen)

Gibt es Auswirkungen der psychischen Erkrankung(en)?

Besteht eine gesetzliche Betreuung? Ja Nein

(bitte ankreuzen)

Im Falle von ja, für welche Bereiche?

Bestehen behördliche Auflagen? Ja Nein

(bitte ankreuzen)



Hilfen für psychisch
erkrankte Menschen in Köln
KÖLN-RING gGMBH

Ihre ärztliche/pädagogische Stellungnahme zur Notwendigkeit der angestrebten Maßnahme(n) und Prognose(n):

Ort/Datum:

Unterschrift:
