

# Patientenüberleitung

@Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Konferenz Alter und Pflege  
angelehnt an Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz Essen

## Anlage Psychopathologische Einschätzung

### Patient\*in

Familienname, Vorname		Geburtsdatum	
Facharzt		Telefon	
Wohnen			
<input type="checkbox"/> eigene Wohnung		<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> ohne festen Wohnsitz
Sozialkontakte			
<input type="checkbox"/> unterstützend		<input type="checkbox"/> problematisch	
Berufstätig		Ehrenamtlich tätig	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

psychosoziale Effekte	ja	nein	zeitweise
Aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/Manisches Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinationen/Wahrnehmungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	zeitweise
Antriebsminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umtriebigkeit (Psychomotorische Unruhe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotschmierer/Kotessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apraxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agnosie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Sucht

Krankhaftes, unwiderstehliches Verlangen nach Suchtmitteln und/oder unkontrollierter Umgang mit Alkohol, Medikamenten, Nikotin oder Drogen

**Aktueller Konsum**

ja  nein

**Entzugssymptomatik**

ja  nein  zeitweise

**Art**

Alkohol  Drogen  Medikamente  Nikotin

**Substitution**

\_\_\_\_\_

**Vergabestelle**

\_\_\_\_\_

**Ansprechpartner**

\_\_\_\_\_

### Empfehlung/Status

\_\_\_\_\_

Name Fachkraft	Datum	E-Mail
_____	_____	_____
Telefon	Unterschrift	
_____	_____	