

Patientenüberleitung © Gesundheitskonferenz und Konferenz Alter und Pflege Essen

Anlage Psychiatrie / Sucht

Name, Vorname	Geb.
---------------	------

Facharzt <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 <input type="checkbox"/> fehlend Berufstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ehrenamtlich tätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Telefon
---	---------

Psychosoziale Effekte	nein	ja	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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	ja	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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sucht <small>Krankhaftes, unwiderstehliches Verlangen nach Suchtmitteln und/oder unkontrollierter Umgang mit Alkohol, Medikamenten, Nikotin oder Drogen</small>					
Aktueller Konsum:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Entzugssymptomatik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise		
Art:	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Drogen	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin	<input type="checkbox"/> Spielsucht
Substitution:	Substitution-Dropdownfeld				
Vergabestelle:	Vergabestelle-Dropdownfeld				
Ansprechpartner:	Ansprechpartner-Dropdownfeld				

Empfehlung / Status: