AmBADO Behandlungsbeginn / Jahresaktualisierung Teil 1 Stammblatt

© ARGE PIAs 01/2007_1

*** Jahresaktualisierung** **○ nur eine Nennung** **☐ Mehrfachnennungen**

(falls höchstens 3 Kontakte geplant ⇨ Kurzversion)

Patientendaten

Kostenträger/ Ort:*

Versicherungsnummer:*

Datum Leistungsabrechnung 101/201:*

Datum Behandlungsbeginn:

Name* / Vorname:*

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geschlecht* ○ männlich ○ weiblich

Familienstand* ○ ledig ○ verheiratet ○ getrennt lebend ○ geschieden ○ verwitwet ○ unbekannt / unklar

Straße, Haus-Nr.:*

PLZ, Wohnort:*

Telefon:*

Landkreis:*

Staatsangehörigkeit:*

Beruf (zuletzt ausgeübter):*

Arbeitgeber Patient:*

Adresse (Arbeitgeber):*

Hauptversicherter* ○ wie oben

Name:*

Geburtsdatum:*

Beruf:*

Adresse:*

Arbeitgeber/Adresse:*

Angehörige (mit Angabe der verwandtschaftlichen Beziehung)

Name:*

Telefon:*

Adresse:*

gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter

Name* / Telefon:*

Adresse:*

Aktenzeichen (Amtsgericht):*

Wirkungskreis* ☐ Aufenthalt ☐ Gesundheit ☐ Vermögen ☐ sonstige

Bezugsperson(en) Ambulanz

Name(n):*

zuweisender Arzt

Name:

Telefon:

Adresse:

Hausarzt

Name:*

Telefon:*

Adresse:*

sonstige Ärzte / Psychotherapeuten

Name:*

Telefon:*

Adresse:*

Casemanager

Name:*

Telefon:*

Adresse:*

sonstige Kontaktperson(en) (z. B. Bewährungshelfer)

Name:*

Telefon:*

Adresse:*

sonstige Bemerkungen:*

Kontaktart

○ Erstkontakt ○ Wiederaufnahme ○ unbekannt / unklar

Dokumentationsart*

○ Erstdokumentation dieser Ambulanzbehandlung

○ Jahresaktualisierung ohne Änderungen (nur in Ausnahmefällen)

○ Jahresaktualisierung mit Änderungen

Ambulanzart*

○ Allgemeinpsychiatrie ○ Gerontopsychiatrie

○ Schlafambulanz ○ Krisenambulanz

○ Alkohol- und Medikamentenabh. ○ Illegale Drogen

○ Geistig Behinderten Ambulanz ○ Forensik

○ sonstige (z. B. Doppeldiagnose):

Ambulanzdifferenzierung:* (Abteilung im Haus)

Diagnosen (ICD-10)

I. psychiatrische Diagnose(n)*

1. F __ __ . __ __ 2. F __ __ . __ __ 3. F __ __ . __ __

II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)*

1. F __ __ . __ __ 2. F __ __ . __ __ 3. F __ __ . __ __

III. sonstige neurologische / somatische Diagnose(n)*

1. __ __ __ . __ __ 2. __ __ __ . __ __ 3. __ __ __ . __ __

IV. Zusatzkodierung(en)*

1. __ __ __ . __ __ 2. __ __ __ . __ __

gesetzliche Betreuung (BGB)*

○ Betreuung bzw. Bevollmächtigung beantragt

○ Betreuung bzw. Bevollmächtigung besteht

○ Aufhebung beantragt

○ keine ○ unbekannt / unklar

fremde Mitbetreuung bzw. Mitbehandlung*

○ keine	○ unbekannt / unklar
☐ niedergelassener Psychiater	☐ niedergel. ärztl. Psychotherapeut
☐ sonstiger niedergel. Arzt	☐ niedergel. nichtärztl. Psychoth.
☐ Sozialpsychiatrischer Dienst	☐ Suchtberatung / PSB
☐ Sozialstation	☐ allgemeine soziale Dienste
☐ Selbsthilfegruppe	☐ Familienpflege
☐ Betreutes Wohnen / therap. WG	☐ Übergangseinrichtung
☐ (psychiatrisches) Wohnheim	☐ Alten(pflege)heim
☐ Tages(pflege)stätten	☐ ambul. psychiatr. Pflegedienst
☐ ambulante somatische Pflege	☐ ambul. Arbeits- / Ergotherapie
☐ REHA / RPK	☐ berufsbegl. Fachdienst/Arb.assist
☐ Ämter (z. B. Jugend-, Gesundheitsamt)	
☐ sonstige:	

Krisenpass bzw. Behandlungsvereinbarung*

○ ja ○ nein ○ unbekannt / unklar

Behindertenausweis*

○ ja ○ nein ○ beantragt ○ unbekannt / unklar

spezielle Risiken*

○ keine ○ unbekannt / unklar

(Ab hier bitte in jeder Zeile 1 Antwort ankreuzen!)

	ja	nein	unklar	Klartext
Anfallsleiden	○	○	○	
Allergien	○	○	○	
chron. Infektionskrankheiten	○	○	○	
Stoffwechselstörungen	○	○	○	
kardio-pulmonale Risiken	○	○	○	
Medikamentenunverträglichk.	○	○	○	
sonstige gravierende Risiken: (z. B. Schwangerschaft, Substanzmissbrauch)	○	○	○	

Datum:* Unterschrift:*