

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: ..... Datum Behandlungsbeginn: .....	<b>15</b> <b>Veranlassung</b> der PIA-Behandlung	<b>16</b> Weiterbehandlung bzw. <b>Nachbetreuung</b>		
ja → <i>Bitte Frage vollständig (A-F) beantworten!</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
nein → <i>weiter mit letzter Zeile</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
unbekannt/unklar → <i>weiter mit letzter Zeile</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<b>A. ambulant</b>				
<b>Niedergelassene</b>				
Arzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Psychosomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sonstiger Arzt: <i>Freitext neben Kästchen!</i>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....		
sonstige Behandlung (z. B. Heilpraktiker): <i>Freitext neben Kästchen!</i>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....		
<b>Ambulanzen</b>	eigene Klinik	andere Klinik	eigene Klinik	andere Klinik
psychiatrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychotherapeutisch (nicht PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
somatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOSA (forensische Sicherungsnachsorgeambulanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Reha</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. stationär</b>	eigene Klinik	andere Klinik	eigene Klinik	andere Klinik
psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. teilstationär</b>	eigene Klinik	andere Klinik	eigene Klinik	andere Klinik
psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D. komplementär</b>				
geschützter Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ambulante Ergotherapie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Tagesstätte	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
SPDI/GPDI (außer Betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
betreute Wohnformen (z. B. betreutes Wohnen, therapeutische Wohngruppe, Familienpflege, Heim)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Krisendienst	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ehrenamtliche Unterstützung (Laiendienst)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
häusliche psychiatrische Krankenpflege (nicht PIA)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
häusliche somatische Pflege	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ambulante Soziotherapie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>E. Andere</b>				
Patient selbst	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Angehörige, Bekannte des Patienten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
rechtlicher Betreuer / Bevollmächtigter (wenn nicht Angehöriger)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Amt (z. B. Jugend-/Gesundheitsamt)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Bewährungshelfer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>F. Sonstige:</b> <i>Freitext neben Kästchen!</i>	<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....	
<b>Datum der letzten Leistungserbringung:</b> .....	<b>Datum:</b> ..... <b>Unterschrift:</b> .....			