

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: ..... Datum Behandlungsbeginn:.....	<b>28</b> <b>Veranlassung</b> der PIA-Behandlung	<b>29</b> aktuelle <b>Vorbehandlung</b> (vor Aufnahme in die PIA)	<b>30</b> fremde <b>Mitbehandlung</b> bzw. Mitbetreuung <sup>JA</sup>
ja → Bitte Frage vollständig (A-F) beantworten!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nein → weiter mit Datum/Unterschrift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unbekannt/unklar → weiter mit Datum/Unterschrift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>A. ambulant</b>			
<b>Niedergelassene</b>			
Arzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Psychosomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger Arzt: <i>Freitext neben Kästchen!</i>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
sonstige Behandlung (z. B. Heilpraktiker): <i>Freitext neben Kästchen!</i>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
<b>Ambulanzen</b>			
	eigene Klinik	andere Klinik	eigene Klinik
psychiatrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychotherapeutisch (nicht PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
somatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOSA (forensische Sicherungsnachsorgeambulanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Reha</b>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. stationär</b>			
	eigene Klinik	andere Klinik	eigene Klinik
psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. teilstationär</b>			
	eigene Klinik	andere Klinik	eigene Klinik
psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D. komplementär</b>			
geschützter Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulante Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPDI/GPDI (außer Betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
betreute Wohnformen (z. B. betreutes Wohnen, therapeutische Wohngruppe, Familienpflege, Heim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krisendienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ehrenamtliche Unterstützung (Laiendienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häusliche psychiatrische Krankenpflege (nicht PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häusliche somatische Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulante Soziotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E. Andere</b>			
Patient selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige, Bekannte des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechtlicher Betreuer / Bevollmächtigter (wenn nicht Angehöriger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amt (z. B. Jugend-/Gesundheitsamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewährungshelfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F. Sonstige:</b> <i>Freitext neben Kästchen!</i>			
	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....
Datum <sup>JA</sup> : ..... Unterschrift <sup>JA</sup> : .....			