

**Bitte ausgefüllt zurück an:**

**per E-Mail:** [psychosomatik@segebergerkliniken.de](mailto:psychosomatik@segebergerkliniken.de) (bitte als PDF, nicht als JPEG)

**per Fax:** 04551 802-4895

**per Post:** Sekretariat der Psychosomatik, SEGEBERGER KLINIKEN GMBH, Klosterkamp 1 A, 23795 Bad Segeberg

oder  
oder

Datum: \_\_\_\_\_

**Kurzbericht des Behandlers (bitte ankreuzen)**

Ich behandle Frau/Herrn \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

- als Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- als Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- als Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
- als Fachärztin/Facharzt für \_\_\_\_\_
- als Psychologischer Psychotherapeut seit \_\_\_\_\_

Aufgrund der Diagnose(n):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eine ambulante Psychotherapie besteht seit \_\_\_\_\_

- Verhaltenstherapie     Tiefenpsychologie     Psychoanalyse

Es besteht die Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung, weil

- eine ambulante Psychotherapie nicht ausreichend ist
- das Störungsbild schwergradig und komplex ist
- eine Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld dringend notwendig ist
- die Alltagstauglichkeit zunehmend eingeschränkt ist
- ein somatisches Krankheitsmodell/behandlungsbedürftige Komorbiditäten bestehen
- eine Differentialdiagnostik indiziert ist
- eine medikamentöse Ein- oder Umstellung nur unter stationären Bedingungen erfolgen kann

Sollten Ihnen fachspezifische Befunde vorliegen, fügen Sie diese bitte bei.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel