



! Nur durch den ambulanten Facharzt und/oder Psychotherapeuten auszufüllen !

Notwendigkeitsbescheinigung für eine vollstationäre Aufnahme

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Diagnosen nach ICD 10:

Bisheriger Therapieverlauf:

Indikation für die stationäre Aufnahme

(welche besondere Maßnahme der Curtius Klinik ist für die Behandlung des o.g. Patienten erforderlich und kann im ambulanten Setting nicht erbracht werden?):

- ambulante Therapie steht zeitnah nicht zur Verfügung
- Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld dringend notwendig
- Behandlung eines multidisziplinären Settings (wie es nur eine Klinik bieten kann) notwendig
- tagesklinische Behandlung reicht aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes nicht aus

Medikamente:

Datum Unterschrift / Praxisstempel