



**! 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