



ANMELDEBOGEN FÜR AKUT-AUFENTHALT

Medical Park Chiemseeblick

Die Fachklinik für Psychosomatik am Chiemsee





MEDICAL PARK

PERSÖNLICHE DATEN

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

PLZ, Ort, Straße, Nr.: _____

Telefon: _____ Email: _____

Vertrauensperson:
Name, Telefon, Wohnort: _____

Hausarzt:
Name, Telefon, Ort: _____

Gesetzliche Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

PLZ, Ort, Straße, Nr.: _____

Telefon: _____ Versichertenstatus: ☐ Mitglied
☐ Rentner
☐ Familienversicherter

Name/Geburtsdatum des Hauptversicherten: _____

Private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung: _____

Krankenhaustagegeldversicherung: ☐ ja ☐ nein

PLZ, Ort, Straße, Nr.: _____

Telefon: _____ Versichertennummer: _____



Weitere Informationen finden Sie auf
www.medicalpark.de



Stand: 07/2025



MEDICAL PARK

Versicherungstarif bei privater Krankenversicherung

- ☐ 2-Bett-Zimmer (_____ %) ☐ 1-Bett-Zimmer (_____ %)
☐ Wahlärztliche Behandlung (_____ %) ☐ Allg. Krankenhausleistung (_____ %)

Beihilfe: ☐ zu _____ %

PLZ, Ort: _____

Beihilfenummer: _____ Telefon: _____

Ich möchte folgende Leistungen auf der Privatstation in Anspruch nehmen:

- ☐ Komfort
☐ Komfort Plus
☐ Komfort Plus Haus Weitsee
☐ Suite
☐ Wahlärztliche Behandlung

Um die Kostenerstattung durch Ihre Privatversicherung zu gewährleisten, bitten wir Sie die Kostenzusage zeitnah vor Antritt des Aufenthalts zu beantragen.

Terminwunsch: _____

☐ sobald wie möglich

Vorlaufzeit vor der Anreise: _____ Tage

Anreise innerhalb der nächsten 24 Stunden möglich:

☐ ja* ☐ nein

*hier ist eine Verkürzung der Wartezeit unsererseits möglich.



Weitere Informationen finden Sie auf
www.medicalpark.de





MEDICAL PARK

PSYCHOSOMATISCHE ANAMNESE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Dieser Fragebogen hilft uns, Ihr Beschwerdebild besser kennen zu lernen und somit eine möglichst gute Behandlungsplanung in unserer Fachklinik für Psychosomatik, Medical Park Chiemseeblick durchzuführen.

Bitte beschreiben Sie die aktuellen Beschwerden und Probleme und geben Sie an, seit wann diese auftreten:

Haben Sie wegen derselben Beschwerden einen Reha-Antrag gestellt?

(Hier ist ein Antrag zur stationären Rehabilitationsbehandlung gemeint, nicht dieser Antrag zur psychosomatischen Akutbehandlung!)

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wurde diese Reha bereits genehmigt?

☐ ja ☐ nein

Bestehen bei Ihnen Einschränkungen der Sinne (z.B. Schwerhörigkeit - wenn ja, adäquat versorgt?) oder der Sprache (z.B. Sprachbarriere durch Fremdsprachigkeit) oder beim Gehen?

☐ ja ☐ nein

Sind Sie zur Teilnahme an den obligatorischen Patientengruppen bereit und sprachlich in der Lage?

☐ ja ☐ nein

Besteht bei Ihnen ein erhöhter Pflegeaufwand bei Körperpflege oder Essen (z.B. Bettlägerigkeit, Inkontinenz)?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie einen Pflegegrad, und wenn ja, welchen?

☐ ja ☐ nein

Benötigen Sie medizinische Heilmittel oder Versorgungssysteme (z.B. Rollstuhl, Katheter, CPAP-Maske)?

☐ ja ☐ nein



Weitere Informationen finden Sie auf
www.medicalpark.de



Stand: 07/2025



MEDICAL PARK

Befindet sich eine Ihnen nahe stehende und/oder für Sie wichtige Person momentan oder in absehbarer Zeit in unserer Klinik?

☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Cannabis ein?

☐ ja ☐ nein

Wie ist Ihr aktuelles Körpergewicht? Körpergröße?

_____kg _____cm

Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr deutlich verändert?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, um wie viel? _____

Rauchen Sie?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, wie viel? _____

Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie in der Vergangenheit Drogen genommen?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, wann zuletzt? _____

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

Medikament (Name)	Dosierung	Seit wann?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		



Weitere Informationen finden Sie auf
www.medicalpark.de



Stand: 07/2025



MEDICAL PARK

Wann traten die genannten psychischen Beschwerden erstmals auf? Was waren die Auslöser?

Waren Sie früher bereits in psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung oder werden Sie derzeit ambulant betreut?

Falls ja, tragen Sie die Aufenthalte/ Behandler bitte hier ein und fügen Sie den Entlassbericht in Kopie bei.

Jahr	Name der Einrichtung/ des Behandlers	Grund der Behandlung/ Diagnose	Aufenthaltsdauer

Welche körperlichen Beschwerden haben Sie aktuell?

Hatten Sie bis jetzt Unfälle? Falls ja, wann, welche, gibt es Folgeschäden?



Weitere Informationen finden Sie auf
www.medicalpark.de



Stand: 07/2025



MEDICAL PARK

Welche Erkrankungen hatten Sie zuvor und wie wurden diese behandelt? Gab es bis jetzt Krankenhausaufenthalte mit durchgeführten Operationen oder Eingriffen? Falls ja, welche Art von Behandlung, wann, eventuelle Folgeschäden?

Jahr	Art der Erkrankung/ des Unfalls	Behandlung (stationär/ ambulant)	Erkrankungsdauer

Sozialversicherungsrechtlicher Status

- ☐ arbeitsfähig
☐ arbeitsunfähig seit: _____
☐ Grad der Behinderung: _____ auf Grund von: _____
☐ Erwerbsminderungsrente seit: _____ erneute Beurteilung nötig am: _____
☐ Rentenanspruch bereits gestellt am: _____
☐ Rentenanspruch geplant
☐ Gesetzlicher Betreuer
Name, Telefon, Wohnort: _____
Aufgabenbereiche der Betreuung: _____

Wo soll der Schwerpunkt der Behandlung liegen? Was sind Ihre Ziele?



Weitere Informationen finden Sie auf
www.medicalpark.de





MEDICAL PARK

Einwilligungserklärung

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes und weiterer im medizinischen Datenverarbeitungskontext geltenden Vorschriften erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Die Archivierung medizinischer Daten erfolgt streng auf Basis diverser gesetzlicher Bestimmungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die hier angegebenen Daten ausschließlich zum Zwecke der medizinischen Behandlung im Rahmen des bevorstehenden Klinikaufenthalts verarbeitet und genutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort | Datum | Unterschrift

Im Falle eines gerichtlich bestellten Betreuers/gesetzlichen Vertreters des oben genannten Patienten:

Name: _____, wohnhaft: _____, geboren am: _____

Ort | Datum | Unterschrift

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Bogen vor Ihrer Anreise an
reservierung-chiemseeblick@medicalpark.de.



Weitere Informationen finden Sie auf
www.medicalpark.de

