

Anmeldebogen für Akut-Aufenthalt

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: ____-____-____ Geschlecht: weiblich männlich

PLZ, Wohnort, Straße, Nr.: _____

Telefonnummer(n): _____

Fax: _____

Email: _____

Nächster Angehöriger/Vertrauensperson – Name, Telefon, Wohnort

Gesetzliche Krankenkasse - Name: _____

PLZ, Ort, Strasse, Nr.: _____

Versichertennummer: _____ Telefon: _____

Versichertenstatus: Mitglied Rentner Familienversicherter
 Name/Geburtsdatum d. Hauptversicherten

Private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung – Name: _____

Krankentagegeldversicherung Ja Nein

PLZ, Ort, Strasse, Nr.: _____

Versichertennummer: _____ Telefon: _____ Fax: _____

Versicherungstarif bei privater Krankenversicherung:
 2-Bett-Zimmer (____ %) 1-Bett-Zimmer (____ %)
 Wahlärztliche Beh. (____ %) Allg. Krankenhausleistung (____ %)

Beihilfe _____ zu _____ %

PLZ, Ort

Beihilfenummer: _____ Telefon: _____ Fax: _____

Ich möchte folgende Leistungen auf der Privatstation in Anspruch nehmen:

<input type="checkbox"/> Komfort (2-Bett)	76,00 € je Behandlungstag
<input type="checkbox"/> Komfort Plus	128,50 € je Behandlungstag
<input type="checkbox"/> Komfort Plus Haus Weitsee	163,50 € je Behandlungstag
<input type="checkbox"/> Suite	Preis auf Anfrage
<input type="checkbox"/> Wahlärztliche Behandlung	gesonderte Abrechnung nach GOÄ

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

Mein Terminwunsch: _____ sobald wie möglich

Meine Vorlaufzeit vor der Anreise: ____ Tage Anreise innerhalb 24 Stunden möglich: ja* nein

* hier ist eine Verkürzung der Wartezeit unsererseits möglich

Psychosomatischer Anamnesebogen Aufnahmeplanung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Dieser Fragebogen hilft uns, Ihr Beschwerdebild besser kennen zu lernen und somit eine möglichst gute Behandlungsplanung an der Medical Park Chiemseeblick Fachklinik für Psychosomatik bereits vor der Aufnahme durchzuführen. Wir ersuchen Sie daher, die Fragen vollständig zu beantworten. Die Informationen, die wir erhalten, werden selbstverständlich vertraulich behandelt, da unsere MitarbeiterInnen der Schweigepflicht unterliegen.

Hinweise

Sie machen Ihre Angaben in diesem Anamnesebogen freiwillig! Allerdings können wir besser beurteilen, ob wir Ihnen das richtige Setting bieten können, wenn Sie die Fragen so vollständig wie möglich beantworten.

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.

Vorberichte

Bitte schicken Sie uns mit der Einweisung und dem Anamnesebogen auch den Arztbrief ihrer letzten stationären Behandlung zu.

Einwilligungserklärung

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: _____

Haben Sie wegen derselben Beschwerden einen Reha-Antrag gestellt?

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

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?

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

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

Haben Sie einen Pflegegrad, und wenn ja, welchen?

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

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

Nehmen Sie Cannabis ein?

Wie ist Ihr aktuelles Körpergewicht? Körpergröße?

1. Ihre aktuellen Beschwerden, Erkrankungen und Problembereiche

Welche der unten genannten Beschwerden/ Problembereiche belasten Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

Wie wichtig ist es für Sie, dass diese Problembereiche bei der Behandlung berücksichtigt werden?

Beschwerden/ Problembereiche	Wie häufig?			Wichtig für Behandlung?	
	Nie	manchmal	oft	ja	nein
1. Niedergeschlagenheit oder Gefühlsleere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erschöpfung, Müdigkeit, „Ausgebranntsein“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nervosität, Anspannung, Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Übermäßige Sorgen, starkes Grübeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ängste, Panikattacken, Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wiederkehrende Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alpträume, sich aufdrängende Erinnerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schmerzen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Andere körp. Symptome: _____.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ausgeprägtes Über- bzw. Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Essanfälle mit/ ohne Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Heftige Gefühlsschwankungen, Impulsivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Suizidgedanken, Suizidimpulse, Suizidversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Zwangsgedanken, zwanghaftes Verhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sexuelle Probleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Sozialer Rückzug, Einsamkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Probleme mit Alkohol, Drogen, Medikamenten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Andere Beschwerden: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr deutlich verändert? nein ja → wie? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel? _____

Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie in der Vergangenheit Drogen genommen? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen? nein ja → wann zuletzt? _____

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

Medikament (Name)	Dosierung	Seit wann?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

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

Subjektive Beeinträchtigung durch Ihre Beschwerden:

Wie stark fühlten Sie sich **im letzten Monat** in den folgenden Bereichen durch Ihre Beschwerden **beeinträchtigt?** (0=gar nicht; 10=extrem stark beeinträchtigt)

Beruf und Arbeit (Arbeitsplatz, Schule, Ausbildung oder Studium) 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Beschreiben Sie die Art der Beeinträchtigung: _____

Freizeitaktivitäten (Freunde besuchen, spazieren gehen, in Lokale gehen, Hobbies,

etc.) 0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Beschreiben Sie die Art der Beeinträchtigung:

Familie und Haushalt (Partnerschaft, Sexualität, Kinderbetreuung, Einkaufen etc.)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Beschreiben Sie die Art der Beeinträchtigung:

Wurden Sie schon in der Vergangenheit psychologisch (Einzelgespräche ca. 50 Minuten) oder psychiatrisch (medikamentös oder Gespräch ca. 15 Minuten) versorgt?

Falls ja, wann, für wie lange, weshalb, Name/Anschrift?

Waren Sie früher bereits in stationärer/ tagesklinischer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung? Falls ja, tragen Sie die Aufenthalte bitte hier ein und fügen Sie den Entlassbericht unbedingt in Kopie bei, auch wenn Sie bei uns im Haus waren!

Jahr	Name der Einrichtung	Grund der Behandlung/ Diagnose	Aufenthaltsdauer

Welche körperlichen Beschwerden haben Sie aktuell?

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

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

2. Biographische Anamnese

Herkunftsfamilie und Kindheit/ Jugend

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft/ Geburt? Nein Ja, folgende:

Eltern	Vater und/oder Stiefvater	Mutter und/oder Stiefmutter
Alter		
Beruf		
Gesundheitszustand		

Falls bereits verstorben

Todesalter - Jahr		
Todesursache		
Ihr Alter damals		

Beschreiben Sie bitte die Persönlichkeit Ihrer Eltern und deren Einstellung Ihnen gegenüber, früher und jetzt.

Mutter

Vater

Gab es noch weitere wichtige Bezugspersonen in Ihrer Kindheit? Wer war das?

Haben Sie Geschwister?

Geschwister	keine <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
Name					
Geburtsjahr (wieviel jünger oder älter?)					
Beruf und Familienstand					

Litt/ Leidet in Ihrer Familie jemand unter psychischen und/oder körperlichen Erkrankungen? Wenn ja, wer?

Alkoholismus

Depression

Angststörungen

Essstörungen

Diabetes

Herz-Kreislaufkrankheiten

Pflegefälle

Sonstige Krankheiten

Suizidversuche in der Familie?

Suizide in der Familie?

Sonstiges

Gab/ gibt es besondere Belastungen/ Probleme mit Familienangehörigen oder Verwandten?

Gab es belastende Lebensereignisse in der Kindheit, in der Jugendzeit oder im Erwachsenenalter? (z.B. Umzüge, Auseinandersetzungen und Streit in der Familie etc.)?

Nach welcher Religion wurden Sie erzogen? Sind Sie Angehörige/r einer Religionsgemeinschaft?

Wann sind Sie von zu Hause ausgezogen? _____

3. Soziale Anamnese

Vergangene bedeutsame Beziehungen:

	Von....bis	Heirat? Wann?	Scheidung/ Trennung?	Anzahl Kinder
1. Beziehung				
2. Beziehung				
3. Beziehung				
4. Beziehung				

Aktueller Familienstand:

- Alleinstehend seit.....
- Verlobt/ feste Partnerschaft seit..... Beruf/ Alter des Partners/ der Partnerin.....
- Verheiratet seit..... Beruf/ Alter des Partners/ der Partnerin.....
- Geschieden seit.....
- Verwitwet seit.....

Wie würden Sie Ihre derzeitige Beziehung und Ihre/n Partner/in beschreiben?

Gibt es besondere Belastungen/ Probleme in der Partnerschaft?

Beziehung zu Ihren Kindern

Name Ihres Kindes	Geschlecht/ Alter	Schule/ Beruf

Wie würden Sie die Beziehung zu Ihren Kindern beschreiben?

Gab/ Gibt es besondere Belastungen/ Probleme?

Hatten Sie Früh-/ Fehlgeburten bzw. Schwangerschaftsabbrüche? Wenn ja, wie alt waren Sie?

Haben Sie Freunde und/ oder Bekannte, mit denen Sie Kontakt pflegen?

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit? Haben Sie regelmäßige Hobbies?

Wohnsituation

- zur Miete
- zur Untermiete/ Wohngemeinschaft
- bei Angehörigen
- im eigenen Haus/ in einer Eigentumswohnung
- betreutes Wohnen
- öffentliche Einrichtung
- obdachlos

4. Berufliche Anamnese

Schulischer Werdegang

Schulart	Von - bis (Alter)	Welcher Abschluss

Gab es besondere Belastungen/ Probleme während der Schulzeit?

Beschäftigungssituation

- Schüler/in, Azubi
- Angestellte/r
- Selbstständige/r
- arbeitssuchend
- nicht erwerbstätig, wenn ja Grund: _____

Derzeit tätig als _____ seit _____
bei _____

Beschreiben Sie Ihren Arbeitsplatz (Aufgaben, Konflikte, Belastungen, ggf. als Auslöser für psych. Erkrankung):

Kreuzen Sie bitte das für Ihren aktuellen Arbeitsplatz Zutreffende an:

- Vollzeit, Anzahl Stunden und Tage pro Woche _____
- Teilzeit, Anzahl Stunden und Tage pro Woche _____
- geringfügige Tätigkeit

Notwendige psychomentele Funktionen:

- Hohe Konzentration
- Verantwortung für Personen und/ oder Maschinen
- Publikumsverkehr
- Überwachung/ Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge

Notwendige bewegungsbezogene Funktionen:

- Heben, Tragen und Bewegung von Lasten (Gewichte):
- Weniger als 10 kg
 - 10-15 kg
 - 15-40 kg
 - mehr als 40 kg

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zeitdruck | <input type="checkbox"/> Akkord | <input type="checkbox"/> Häufiges Bücken |
| <input type="checkbox"/> Gang und Gangsicherheit | <input type="checkbox"/> Zwangshaltungen | <input type="checkbox"/> Knien |
| <input type="checkbox"/> Ersteigen von Treppen, Leitern, Gerüsten | | |

Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nässe | <input type="checkbox"/> Zugluft | <input type="checkbox"/> Starke Temperaturschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Allergene | <input type="checkbox"/> Lärmbelastung | <input type="checkbox"/> Inhalative Belastungen |
| <input type="checkbox"/> Erschütterungen | <input type="checkbox"/> Vibration | |

Schichtdienst: Frühschicht Spätschicht Nachschicht Wechselschicht

Gab es in den letzten 12 Monaten Arbeitsunfähigkeitszeiten? Ja Nein

Falls ja, weshalb und wie lange? _____

Sozialversicherungsrechtlicher Status

- arbeitsfähig
- arbeitsunfähig seit _____
- Grad der Behinderung: _____ auf Grund von : _____
- Erwerbminderungsrente seit: _____ erneute Beurteilung notwendig am: _____
- Rentenantrag bereits gestellt am: _____
- Rentenantrag geplant _____
- Sonstige Sozialleistungen _____
- Schulden: _____
- Gesetzlicher Betreuer? Name, Telefonnummer, Adresse, Aufgabenbereiche der Betreuung _____

5. Noch einige weitere Fragen

Welche **Erwartungen und Wünsche** haben Sie an eine Behandlung in unserer Klinik? _____

Welche **Zweifel oder Befürchtungen** haben Sie? _____

Weitere Fragen oder Themenbereiche, die Ihnen für die Planung Ihrer Behandlung wichtig erscheinen: _____

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

	Schwerpunkt	Warum?
1.		
2.		
3.		

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen vollständig beantwortet haben. Vielen Dank!

Wir freuen uns, Sie bald persönlich bei uns begrüßen zu dürfen!