

PATIENTEN-AUFNAHMEBLATT

Bitte versenden Sie dieses Aufnahmeblatt per Post, Fax oder Mail an unten angegebene Adresse.

Beachten Sie bitte auch, dass wir für die Festlegung des Therapieplatzes noch die sog. „Verordnung von Krankenhausbehandlung, ausgestellt durch einen Facharzt der Bereiche Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie oder Nervenheilkunde und / oder Vorbefunde bzw. Atteste benötigen.

NAME _____ VORNAME _____

STRASSE _____

PLZ, WOHNORT _____

TELEFON _____ MOBILTELEFON _____

GEBURTSDATUM _____ GEBURTSORT _____ GEBURTSNAME _____

BERUF _____ FAMILIENSTAND _____

ARBEITGEBER _____ KONFESSION _____

STAATSANGEHÖRIGKEIT _____ AUTOKENNZEICHEN _____

HAUSARZT _____

EINWEISENDER ARZT _____

VERTRAUTE PERSON _____

HAUPTKOSTENTRÄGER _____ VERS. NR. _____

- Mitglied
- Rentner
- Selbstzahler

- Familienmitglied
- Rentner mitversichert

GESCHÄFTSSTELLE _____

ZUSATZKOSTENTRÄGER _____ VERS. NR. _____

- Mitglied
- Rentner
- Selbstzahler

- Familienmitglied
- Rentner mitversichert

GESCHÄFTSSTELLE _____

BITTE NICHT AUSFÜLLEN - WIRD IN DER KLINIK BEARBEITET

AUFNAHMEART

- normal
- aus anderem KH

WIEDERHOLUNGSPATIENT

- ja
- nein

GESCHLECHT

- weiblich
- männlich

DURCHWAHL

- ja
- nein

FERNSEHER

- ja
- nein

AUFNAHME DATUM _____ AUFNAHMEZEIT _____ POSTFACH _____

CIP KLINIK DR. SCHLEMMER GMBH
Stefanie-von-Strechine-Strabe 16
83646 Bad Tölz

ANMELDE-FRAGEBOGEN

NAME _____ VORNAME _____

STRASSE _____

PLZ, WOHNORT _____

GEBURTSDATUM _____ TELEFON _____

WEIBLICH MOBILTELEFON _____

MÄNNLICH E-MAIL _____

KÖRPERGRÖSSE _____ CM _____

GEWICHT _____ KG _____

WELCHE KÖRPERLICHEN UND/ODER SEELISCHEN BESCHWERDEN BEEINTRÄCHTIGEN SIE WESENTLICH IN IHREM DERZEITIGEN BEFINDEN?

HABEN SIE JEMALS EINEN SUIZIDVERSUCH UNTERNOMMEN? JA NEIN

WENN JA: WANN FAND DER LETZTE VERSUCH STATT (MONAT / JAHR)? _____

WAREN SIE JEMALS IN STATIONÄRER PSYCHOSOMATISCHER UND / ODER PSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG? JA NEIN

WENN JA, BITTE MACHEN SIE KURZE ANGABEN DAZU:

JAHR	EINRICHTUNG	AUFNAHMEGRUND	DAUER (IN WOCHEN)

WIR BITTEN SIE, UNS DIE JEWEILIGEN ABSCHLUSSBERICHTE ZUKOMMEN ZU LASSEN.
BEI MEHREREN KLINIKAUFENTHALTEN HAT DER LETZTE BERICHT DIE GRÖSSTE BEDEUTUNG.

SIND SIE IN AMBULANTER PSYCHOTHERAPIE? JA NEIN

NAME DES THERAPEUTEN _____ TEL _____

THERAPIERICHTUNG: VERHALTENSTHERAPIE TIEFENPSYCHOLOGIE / ANALYSE ANDERE

WENN NEIN, BEGRÜNDUNG: _____

HABEN SIE IM LETZTEN HALBEN JAHR PSYCHOTROPE SUBSTANZEN

(Z.B. CANNABIS, KOKAIN, TRANQUILIZER ETC) KONSUMIERT?

JA

NEIN

WENN JA, WELCHE? _____

WAREN SIE SCHON EINMAL IN EINER ENTZUGS- ODER ENTWÖHNUNGSBEHANDLUNG

(ALKOHOL, DROGEN, MEDIKAMENTE) ODER WURDE IHNEN EINE SOLCHE BEHANDLUNG EMPFOHLEN?

JA

NEIN

HABEN SIE EIN HANDICAP?

JA

NEIN

WENN JA, WELCHE FORM? _____

BENÖTIGEN SIE MEDIZINISCHE ODER ANDERE HILFSMITTEL (Z.B. ROLLSTUHL, CPAP-MASKE)?

JA

NEIN

WENN JA, WELCHE? _____

SIND SIE IM ALLTAG AUF FREMDE HILFE ANGEWIESEN?

JA

NEIN

WENN JA, BITTE GENAUERE ANGABEN _____

LEIDEN SIE UNTER EINER AKTUELL BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGEN KÖRPERLICHEN ERKRANKUNG

(Z.B. ASTHMA, DIABETES MELLITUS, CHRONISCHE INFEKTIONSKRANKHEIT, NEURODERMITIS, ARTHROSE ETC.)?

JA

NEIN

WENN JA, WELCHE? _____

IN WELCHEM LEBENSBEREICH BENÖTIGEN SIE EINE UNTERSTÜTZUNG?

BERUF

WOHSITUATION

FINANZEN

FAMILIE

PARTNERSCHAFT

BERENTUNG

RECHTSANGELEGENHEITEN

KINDERBETREUUNG

SOZIALLEISTUNGEN

HABEN SIE EINE GESETZLICHE, VOM AMTSGERICHT EINGESETZTE BETREUUNG?

WENN JA, LEGEN SIE BITTE EINE KOPIE DES BETREUERAUSWEISES BEI.

HABEN SIE EINE ERWERBMINDERUNGSRENTE BEANTRAGT,

ÜBER DIE NOCH NICHT ENTSCHEIDEN WURDE?

UM EINSCHÄTZEN ZU KÖNNEN, OB UND IN WELCHEM SPEZIELLEN SETTING EIN STATIONÄRERAUFENTHALT IN UNSEREM HAUS FÜR SIE ZUM AKTUELLEN ZEITPUNKT HILFREICH WERDEN KANN, IST ES FÜR UNS SINNVOLL, MIT IHREN AKTUELLEN AMBULANTEN BEHANDLERN KONTAKT AUFZUNEHMEN. HIERMIT ERKLÄRE ICH MICH EINVERSTANDEN, DASS PERSONAL IN LEITENDER FUNKTION DER CIP KLINIK DR. SCHLEMMER MIT FOLGENDEN AMBULANTEN BEHANDLERN (ARZT, PSYCHOLOGE) KONTAKT AUFNEHMEN UND SICH GEGENSEITIG ÜBER MEINE SYMPTOMATIK/BEHANDLUNG AUSTAUSCHEN DÜRFEN.

ENTBINDUNG DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT FÜR:

THERAPEUT _____ TEL _____

THERAPEUT _____ TEL _____

Anmerkung: Die personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt. Sie werden dem zuständige Arzt oder Psychologen der CIP Klinik Dr Schlemmer zur Verfügung gestellt. Wir weisen darauf hin, dass die uns überlassenen Unterlagen im Falle einer Nicht-Aufnahme in die Klinik nicht zurückgesandt werden können, sondern vernichtet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mich ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter der Klinik Dr. Schlemmer GmbH per unverschlüsselter Email kontaktieren, um Fragen zu meinem Aufnahmeblatt und meinen Befundunterlagen zu klären, die für meine Aufnahme in die CIP Klinik Dr. Schlemmer relevant sind. Dabei werden auch meine Gesundheitsdaten übermittelt. Mir ist bekannt, dass unverschlüsselte Emails möglicherweise von Dritten gelesen werden können.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

JA

NEIN