

Anmeldebogen

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: _____

Krankenhaustagegeldversicherung 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"/> 2-Bett-Zimmer | 72,50 € je Behandlungstag |
| <input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer | 116,00 € je Behandlungstag |
| <input type="checkbox"/> Superior-Zimmer | 131,00 € je Behandlungstag |
| <input type="checkbox"/> Superior-Plus-Zimmer | 159,00 € je Behandlungstag |
| <input type="checkbox"/> Superior-Deluxe-Zimmer | 169,00 € je Behandlungstag |
| <input type="checkbox"/> Suite | Preis auf Anfrage |
| <input type="checkbox"/> Wahlärztliche Behandlung | gesonderte Liquidation nach GOÄ |

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!

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.

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: _____

Ihr Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich

PLZ, Wohnort, Straße, Nr.: _____

Telefonnummer(n): _____

1. Ihre Beschwerden, Erkrankungen und Problembereiche

Bitte beschreiben Sie, aufgrund welcher körperlicher und/oder seelischer Beschwerden Sie sich an unserer Klinik behandeln lassen möchten

Wie haben sich Ihre Beschwerden entwickelt? (Beginn, zeitlicher Verlauf)

Zeit	Verlauf (Verslechterungen, Verbesserungen)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Haben Sie andere schwerwiegende körperliche Erkrankungen (Karzinom, HIV, Transplantation, MS, Dialyse)?

Alter	Art der Erkrankung / des Unfalls	Stationäre Behandlung	Erkrankungsdauer

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

Ihr derzeitiges Körpergewicht: _____ kg Ihre Körpergröße: _____ cm

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

Bestehen bei Ihnen die folgenden Beschwerden/ Problembereiche? (Mehrfachnennungen möglich)

Wenn ja, 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. Depressivität/ Trauer/ Hoffnungslosigkeit	<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. Übernervosität/ Anspannung/ Stress-Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ängste/ Panikattacken/ Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zwanghaftes Grübeln, zwanghaftes Verhalten	<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/ Plötzlich 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: Durchfall, Übelkeit etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Andere körp. Symptome: Schwindel, Herzstolpern, etc.	<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. Probleme mit Alkohol/ Drogen/ Medikamenten	<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. Schwierigkeiten in der Partnerschaft/ Ehe/ Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Schwierigkeiten im Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Andere Beschwerden: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Beruf und Arbeit (Arbeitsplatz, Schule, Ausbildung oder Studium)

Freizeitaktivitäten (Freunde besuchen, spazieren gehen, in Lokale gehen, Hobbies, etc.)

--

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

--

Wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind,...

... befinden Sie sich

- im Krankenstand seit _____
- in einem laufenden Rentenverfahren seit _____
- in Frühberentung seit _____ befristet bis _____
- in Rente.

... wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten krank geschrieben?

- Gar nicht
- Maximal 1 Monat
- max. 3 Monate
- mehr als 3 Monate

2. Bisherige Behandlungen

Welche Behandlung haben Sie bisher in Anspruch genommen? (Mehrfachnennungen möglich)

Wie gut haben diese Behandlungen geholfen?

Sehr gut gut wenig gar nicht eher geschadet

<input type="checkbox"/> Bisher keine Behandlung für diese Beschwerden					
<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wärme-, Kälte-, Strombehandlung, Medizin. Bäder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bewegungstherapie/ Heilgymnastik/ Sporttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kreativtherapie (Musik, Tanz, Malen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entspannung/ Meditation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Akupunktur/ Akupressur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Homöopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neuraltherapie/ Manuelle Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was war insgesamt gut?

Was hat gefehlt?

Waren Sie früher bereits in stationärer/ tagesklinischer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung?

nein ja

Jahr	Name der Einrichtung	Grund der Behandlung	Aufenthaltsdauer

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

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

3. Aktuelle Lebenssituation und Lebensgeschichte

Schildern Sie bitte kurz Ihre derzeitige Lebenssituation: z.B. Partnerschaft, Kinder, Wohnsituation, Beruf

Ein kurzer Lebenslauf in Stichworten: z.B. Wie sind Sie aufgewachsen? Welche Personen waren da wichtig für Sie? Wie haben Sie sich beruflich und privat entwickelt? Was waren die wichtigsten Veränderungen oder Ereignisse (positive und negative) in Ihrem Leben?

4. Behandlungsplanung an unserer Klinik

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

Welche **Zweifel oder Befürchtungen** haben Sie?

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

Bestehen bei Ihnen Einschränkungen der Sinne (z.B. Schwerhörigkeit) oder der Sprache (z.B. Sprachbarriere durch Fremdsprachigkeit) oder beim Gehen?

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

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

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? (z.B. Medikamente, Lebensmittel). Bitte Allergiepass mitbringen!

Haben Sie in den letzten 6 Monaten regelmäßig Alkohol getrunken? (Konsum ist während der Behandlung in der Klinik nicht gestattet!)

Haben Sie jemals Drogen genommen? (Konsum ist während der Behandlung in der Klinik nicht gestattet!)

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

Schnarchen Sie?

**Haben Sie einen Reha-Antrag gestellt?
diese Reha bereits genehmigt?**

Wenn ja, wurde

Bitte überprüfen Sie, ob Sie **alle Fragen** vollständig beantwortet haben.

Erfassungsbogen zur Risikoeinschätzung und Dokumentation von Problemkeimpatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

im Auftrag des Bayerischen Gesundheitsamtes erfassen wir bereits vor Anreise unserer Patientinnen und Patienten mögliche Problemkeime. Wir bitten Sie daher, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig auszufüllen und bereits vor Ihrer Anreise an die Zentrale Reservierung (Anschrift beiliegend) zu schicken, damit wir eine genaue Risikoeinschätzung vornehmen können.

Haben Sie in Mastbetrieben gearbeitet oder Kontakt zu Personen, die dort berufstätig sind?

Nein Ja _____

Hatten Sie in den letzten Jahren häufige Krankenhausaufenthalte, wenn ja wie viele?

Nein Ja _____

Gehören Sie aufgrund von bestimmten Vorerkrankungen einer Risikogruppe an, die besonders gefährdet ist an Infektionen zu erkranken oder schwerere Krankheitsverläufe zu entwickeln (z.B. chronische Erkrankungen, chronische Wunden, Immunsuppressionstherapien, Implantate/Fremdmaterial im Körper, Dialysepatient, Tumorpatient)?

Nein Ja _____

Neigen Sie zu wiederkehrenden Infektionen, die z.T. mehrfach im Jahr mit Antibiotika behandelt werden?

Nein Ja _____

Wurden bei Ihnen schon einmal Problemkeime/multiresistente Keime nachgewiesen?

Nein Ja _____

Haben Sie regelmäßigen Kontakt zu Personen aus dem arabischen Raum oder haben Sie sich in den letzten Monaten/Jahren längere Zeit dort aufgrund beruflicher oder privater Umstände aufgehalten?

Nein Ja _____

Anrede: Frau Herr **Titel:** _____

Name: _____ **Vorname(n):** _____ **Geburtsdatum:** _____

Vielen Dank für diese wichtigen Informationen!

Den ausgedruckten und unterschriebenen Bogen mailen oder faxen Sie uns bitte vor Anreise zu:

E-Mail: Zentrale.ReservierungPsychosomatik@medicalpark.de

Fax: 0800 1063106