

## 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: \_\_\_\_\_

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

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](mailto:Zentrale.ReservierungPsychosomatik@medicalpark.de)

Fax: 0800 1063106