

Gerne per Post oder Email an uns senden

Klinik ChiemseeWinkel Seebruck GmbH
Alexandra Garcia
Patienten – und Einweisermanagement
 Privatklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
 Römerstraße 17
 83358 Seeon-Seebruck

Beratung / Anmeldung

Tel.: 08667 87 930 – 80
 Fax: 08667 87 930 – 92
 anfrage@klinik-chiemseewinkel.de

A N M E L D E B O G E N

Name, Vorname:

Straße:

PLZ: Wohnort:

Tel. privat: Handy:

Email: Geb.-Datum:

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers (ggf. mit Tel.-Nr.)	Versicherungs-Nr.
Private Krankenversicherung		
Beihilfestelle		
Sonstige Kostenträger z. B. Selbstzahler		

Ich möchte **zusätzlich** folgende **Wahlleistungen** in Anspruch nehmen:

Chefärztliche Behandlung

PREMIUM-KOMFORT-PAKET

1-Bett-Zimmer in bevorzugter Lage mit See- und/oder Bergblick,
 Tageszeitung, Kopfkissenauswahl, tägliche Obstauswahl,
 Minibar kostenfrei, Kaffee und Kuchen kostenfrei



Wer sind Ihre behandelnden Ärzte?

- Hausarzt (bitte Name, Adresse und Telefon-Nr. angeben):

.....
.....

- Nervenarzt/Psychiater (bitte Name, Adresse und Telefon-Nr. angeben):

.....
.....

- Psychotherapeut (bitte Name, Adresse und Telefon-Nr. angeben):

.....
.....

Wer ist der **einweisende Arzt**?

Bitte einen ärztlich/psychotherapeutischen **Befundbericht** der Anmeldung beifügen.

Schweigepflichtsentbindung:

Ich entbinde die o.g. Ärzte/Therapeuten sowie die Ärzte / Therapeuten der Klinik ChiemseeWinkel von der ärztlichen Schweigepflicht für behandlungsbezogenen Nachfragen.

Datum und Unterschrift: _____

Psychotherapeutische / psychiatrische Vorbehandlung stationär?

.....

Psychotherapeutische / psychiatrische Vorbehandlung ambulant?

.....

(bitte veranlassen Sie die **Übersendung** der entsprechenden **Befundberichte** an uns)





Ich leide vor allem unter folgenden Problemen und Beschwerden:

.....

.....

GdB % wegen

Benötigen Sie medizinische Hilfsmittel?

Ausbildung / Beruf (wichtige Stationen):

Monat / Jahr	Tätigkeit / Beruf	Ausbildungsstelle / Arbeitsstelle

Aktuelle berufliche Situation:

.....

.....

.....

Ich bin krankgeschrieben seit:

Aktuelle Medikation:

Medikament	Dosierung	Einnahme seit

Allergien:



Konsumieren Sie regelmäßig und in welcher Menge:

Nikotin: ja nein

Alkohol: ja nein

Drogen: ja nein

Größe: cm

Gewicht: kg

Wichtige körperliche Erkrankungen (aktuell / vergangene):

.....

.....

.....

Wo sind Sie geboren und aufgewachsen?

.....

Bitte machen Sie im Folgenden Angaben über Ihre Familie:

	Mutter	Vater	Sonstige wichtige Bezugspersonen
Alter			
Beruf			
Schwere Erkrankungen			
Kontakt / Beziehung			

	Brüder	Schwestern
Alter / Beruf		
Familienstand		
Schwere Erkrankungen		
Kontakt / Beziehung		



Nennen Sie bitte Eigenschaften und Verhaltensweisen, die für Ihre Eltern bezeichnend sind:

Mutter	Vater

Familienstand:

- ledig verlobt verheiratet feste Partnerschaft
 in Trennung lebend geschieden verwitwet
 wiederverheiratet ● seit

Alter und Beruf des Partners / der Partnerin:

Wie würden Sie Ihre aktuelle Partnerschaft oder letzte wichtige Beziehung beschreiben?

.....

.....

Beschreiben Sie typische Eigenschaften Ihres Partners / Ihrer Partnerin:

.....

.....

.....

Bitte machen Sie im Folgenden Angaben zu Ihren Kindern:

Alter	Geschlecht	Aktuelle Tätigkeit / Situation





Wer gehört alles zu Ihrem aktuellen Haushalt?

.....

.....

Was gibt Ihnen in ihrer aktuellen Situation Stütze und Halt?
Wo oder bei was können Sie sich erholen, entspannen, auftanken?

.....

.....

.....

Was sind Ihre Interessen oder Hobbies? Kontakte zu Freunden?

.....

.....

.....

Wer sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben?

.....

Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf?

.....

.....

Gab es in den zwei Jahren vor Ihrer Erkrankung wichtige Ereignisse?
Falls ja: Wie haben Sie gefühlsmäßig reagiert? Welche Veränderungen
ergaben sich daraus?

.....

.....

.....

.....





Wie wichtig ist es für Sie, dass die folgenden Problembereiche in der Behandlung berücksichtigt werden?

Bitte kreuzen Sie je nach Wichtigkeit die einzelnen Punkte an:

	unwichtig	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig	vordringlich
Niedergedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsgedanken/-handlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft/Ehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundschaften/Bekanntkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Stress/Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

****Ängste sehr wichtig / vordringlich**

Passiert es Ihnen häufiger, dass Sie plötzlich und spontan Angst verspüren, ohne, dass Sie eine echte Bedrohung ausmachen können oder, dass es einen erkennbaren Auslöser gibt?

Vermeiden Sie es, allein bestimmte Orte oder Situationen wie z.B. Menschenmengen, Kaufhäuser, offene Plätze, Reisen aufzusuchen oder sich weiter von zuhause zu entfernen? Haben Sie davor große Angst und suchen solche Situationen nur in Begleitung auf?

Machen Ihnen Situationen, in denen Sie im Mittelpunkt stehen und von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten, wie z.B. öffentliches Sprechen, Treffen mit anderen, Gespräche auf Partys oder Essen in der Öffentlichkeit, Angst?

Machen Sie sich häufig starke (unangemessene) Sorgen über die eigene Sicherheit, die Unversehrtheit Ihrer Familie, Ihren Beruf, Ihre Finanzen oder ähnliches?



Zur Anreise:

Ich kann jederzeit kurzfristig anreisen

Ich benötige 1 – 2 Wochen Vorlaufzeit zur Aufnahme

Ich melde mich hiermit zum Online-Newsletter der Klinik ChiemseeWinkel an.

Die erteilte Einwilligung zur Speicherung meiner E-Mail-Adresse sowie deren Nutzung zum Versand des Online-Newsletters kann ich jederzeit über den "Abmelden"-Link im Newsletter widerrufen. Meine E-Mail-Adresse wird ausschließlich für den Versand von Informationen der Klinik ChiemseeWinkel verwendet. Es gelten die Datenschutzbestimmungen auf der Website der Klinik ChiemseeWinkel.

Datum und Unterschrift:

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen.

KCW_200_1123

Klinik ChiemseeWinkel Seebruck GmbH
Römerstraße 17
83358 Seeon-Seebruck
Telefon: 08667 87 930 – 80 oder 08667 87 930 71
anfrage@klinik-chiemseewinkel.de

Seite 8 von 8

