

Bitte per Post zurück an:

Klinik ChiemseeWinkel Seebruck GmbH

**Alexandra Selmeier**

**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](mailto:anfrage@klinik-chiemseewinkel.de)

## Anmeldebogen zur Wiederaufnahme

Sie interessieren sich für eine **erneute Aufnahme** in unserer Klinik (bzw. hatten einen Vor-  
aufenthalt in einer unserer Partnerkliniken, der Klinik St. Irmingard in Prien am Chiemsee oder  
der Simssee Klinik in Bad Endorf). Folgend finden Sie unseren Anmeldefragebogen zur  
Wiederaufnahme. Die Unterlagen senden Sie uns bitte **vollständig** ausgefüllt zurück.  
Bitte legen Sie alle in der Zwischenzeit erhobenen Befunde – sowohl körperlich als auch  
psychisch – aus ambulanten und/oder stationären Behandlungen bei.

Nach Durchsicht der Anmeldeunterlagen werden wir wieder mit Ihnen Kontakt aufnehmen,  
um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Die Angaben dieses Fragebogens sind ausschließlich für die Behandlung bestimmt und  
werden streng vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und  
wahrheitsgemäß, um eine bestmögliche Therapieplanung zu gewährleisten.

Bitte beachten Sie, dass wir nur **vollständig ausgefüllte** Anmeldebögen bearbeiten können  
(*bitte in Druckschrift ausfüllen*).

### Persönliche Angaben:

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Wohnort: .....

Tel. privat: ..... Handy: .....

Email: ..... Geb.-Datum: .....

Versicherung / Vers.Nr. ....



**Beihilfe / Vers. Nr.** .....

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

**Termin:**

Ich kann jederzeit kurzfristig anreisen

Ich benötige mindestens 1 – 2 Wochen Vorlaufzeit zur Aufnahme

**Der letzte Aufenthalt war** vom ..... bis ..... in der

Klinik ChiemseeWinkel (Seeon – Seebruck)

Klinik St. Irmingard (Prien am Chiemsee)

Simssee Klinik (Bad Endorf)

**Mein zuständiger Einzeltherapeut war:** .....

Ich bin krankgeschrieben seit: .....

## Persönlicher Bericht für die Wiederaufnahme

1. Bitte beschreiben Sie Ihre wichtigsten Beschwerden und Probleme, aufgrund derer Sie wieder eine Behandlung in der Klinik ChiemseeWinkel wünschen.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**Wie haben sich Ihre Beschwerden oder Probleme seit Ihrer Entlassung entwickelt?**

.....

.....

.....

.....

**2. Wie hat sich die letzte stationäre Behandlung auf Ihre Beschwerden und Ihr Leben ausgewirkt?**

.....

.....

.....

.....

**3. Welche Therapiemaßnahmen waren für Sie beim letzten stationären Aufenthalt besonders hilfreich?**

.....

.....

.....

.....

**4. Welche wichtigen privaten und beruflichen Veränderungen und Ereignisse hat es in Ihrem Leben seit dem letzten Aufenthalt gegeben?**

.....

.....

.....

.....

.....



**5. Befanden Sie sich seit der letzten stationären Behandlung in einer schweren seelischen Krise?**

nein  ja von ..... bis .....

Auslöser hierfür war: .....

**6. Gab es dabei Gedanken, sich das Leben zu nehmen?**

nein  ja wenn ja, wann .....

Auslöser hierfür war: .....

**7. Kam es seit der letzten stationären Behandlung zu selbstschädigendem Verhalten?**

nein  ja

in Form von .....

**8. Trinken Sie zurzeit Alkohol?**

nein  ja nämlich ..... wie oft / wie viel .....

**9. Nehmen Sie zurzeit Drogen?**

nein  ja nämlich ..... wie oft / wie viel .....

**10. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Bitte geben sie den Namen und die genaue Dosierung an.

| Medikament | Dosierung | Einnahme seit |
|------------|-----------|---------------|
|            |           |               |
|            |           |               |
|            |           |               |
|            |           |               |
|            |           |               |
|            |           |               |
|            |           |               |
|            |           |               |

**11. Haben Sie Allergien?**

.....



12. Größe: ..... cm      Gewicht: ..... kg

13. Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychiatrischer Behandlung?

nein                                       ja

14. Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

nein                                       ja

Wenn ja, welches Ziel bzw. welche Themen standen im Vordergrund der Therapie

.....  
.....  
.....

Bitte geben Sie **Name, Adresse und Telefon-Nr.** Ihrer Behandler **vollständig** an und erteilen uns durch Ihre Unterschrift eine Schweigepflichtentbindung für evtl. Nachfragen bei den Vorbehandlern.

.....  
.....  
.....

**Schweigepflichtsentbindung:** Ich entbinde die o.g. Ärzte/Therapeuten sowie die Ärzte der Klinik ChiemseeWinkel GmbH von der ärztlichen Schweigepflicht für behandlungsbezogene Nachfragen.

**Datum und Unterschrift:** .....

15. Befanden Sie sich zwischenzeitlich in stationärer Behandlung?

nein                       ja

Wenn ja, bitte geben Sie Klinik und Zeitraum der Behandlung an und fügen die entsprechenden Entlassungsbriefe bei bzw. veranlassen deren Übersendung an uns.

.....  
.....  
.....  
.....



**16. Was sollte sich für Sie durch die Behandlung in der Klinik ChiemseeWinkel ändern?**

Bitte nennen Sie drei konkrete Ziele, die Sie erreichen möchten?

1. ....
2. ....
3. ....

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.***

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

