

Gerne per Post oder Email an uns senden

Klinik ChiemseeWinkel Seebruck GmbH
Patienten – und Belegungsmanagement
 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

Anmeldebogen

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		

Folgende Leistungen können Sie in Anspruch nehmen:

Chefarztbehandlung

Premium – Einzelzimmer

(erste Reihe mit Balkon, See- und Bergblick)

Einzelzimmer

Komfort-Paket

(Leistungen, siehe unter... oder beigefügten Infoschreiben)

Doppelzimmer



1. Wer sind Ihre behandelnden Ärzte?

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

- Nervenarzt/Psychiater, in Behandlung seit/von-bis (bitte Name, Adresse und Telefon-Nr. angeben):

- Psychotherapeut, in Behandlung seit/von-bis (bitte Name, Adresse und Telefon-Nr. angeben):

Wer ist der **einweisende Arzt**: _____

Sind Sie einverstanden, dass wir ggf. mit Ihrem Vorbehandlern Kontakt aufnehmen?

- ja nein

Möchten Sie, dass wir mit Ihrem externen Behandler, vor Ihrer Entlassung aus unserer Klinik Kontakt aufnehmen um das weitere Procedere zu besprechen?

- ja nein

Name und Telefonnummer des Behandlers:

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, in Behandlung seit/von-bis?

Psychotherapeutische / psychiatrische Vorbehandlung ambulant, in Behandlung seit/von-bis?

(Bitte, wenn möglich einen ärztlich/psychotherapeutischen **Befundbericht** der Anmeldung beifügen.)

Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden? : _____



2. Bitte beschreiben Sie die Beschwerden und Probleme, die Sie am stärksten belasten und geben Sie an, seit wann sie bestehen:

Problem / Beschwerde	Beschreibung	Seit wann?

3. Trinken Sie Alkohol (Bier, Wein, Likör, Schnaps usw)?:

- nein ja, selten (unter 6x/ pro Monat) ja, regelmäßig (3-4x/ pro Woche)
 ja, täglich

4. Machen Sie oder nahestehende Personen sich Sorgen über Ihren Alkoholkonsum?

- ja nein

5. Haben Sie in den letzten 6 Monaten Drogen genommen inkl. Cannabis?

- nein ja Wenn ja, welche? _____

6. Haben Sie jemals körperliche Gewalt erlebt, oder hat Sie jemand zu einer unerwünschten sexuellen Handlung gezwungen? ja nein

7. Haben Sie das Gefühl, dass Essen und/oder Körpergewicht Sie in Ihrem Alltag übermäßig beschäftigen?

- ja nein



15. Wichtige körperliche Erkrankungen (aktuell / vergangene):

16. Wo sind Sie geboren und aufgewachsen?

17. 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		

18. Familienstand:

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

Alter und Beruf des Partners / der Partnerin: _____



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

20. Bitte machen Sie im Folgenden Angaben zu Ihren Kindern:

Alter	Geschlecht	Aktuelle Tätigkeit / Situation

21. Wer gehört alles zu Ihrem aktuellen Haushalt?

22. Wer sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben?

23. Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf?

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



25. Haben Sie jemals ein Suizidversuch unternommen?

ja nein

Wenn ja, wann fand der letzte Versuch statt (Monat/Jahr)? _____

Haben Sie aktuell Suizidgedanken? : _____

26. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? Bitte ankreuzen:

Nicht beeinträchtigt Wenig beeinträchtigt Stark beeinträchtigt

Bauchschmerzen			
Rückenschmerzen			
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden			
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall			
Kurzatmigkeit			
Herzklopfen oder Herzrasen			
Ohnmachtsanfälle			
Schwindel			
Schmerzen im Brustbereich			
Kopfschmerzen			
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüfte usw.)			
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr			
Menstruationsschmerzen / andere Probleme mit der Menstruation			

27. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Überhaupt nicht An einzelnen Tagen An mehr als der Hälfte der Tage Beinahe jeden Tag

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten			
Verminderter Antrieb			
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit			



28.Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?

ja nein → Wenn „nein“, gehen Sie bitte zu Frage 30.

Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

29.Wenn Sie an Ihren letzten schlimmen Angstanfall denken...

Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie Angst Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zittert oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie Hitzewallung oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

30.Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Überhaupt nicht An einzelnen Tagen An mehr als der Hälfte der Tage Beinahe jeden Tag

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren				
Nervösität, Ängstlichkeit oder Anspannung				
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren				
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit				
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten				
Rastlosigkeit, sodass Stillsitzen schwer fällt				
Schwierigkeit zu entspannen				



Zur Anreise:

Ich kann ab dem _____ jederzeit kurzfristig anreisen
(Datum)

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.

Wenn Sie einen Aufenthalt in der Klinik Chiemseewinkel planen, benötigen wir einige Informationen, um die optimale Behandlung und mögliche Termine für Sie zu finden. Einige der Fragen sind sehr persönlicher Natur und sollten nur Ihnen und uns bekannt sein. Wenn Sie den Bogen ausdrucken und per Post an uns senden, ist das die derzeit sicherste Variante. Wenn Sie den ausgefüllten Bogen als elektronische Datei per E-Mail an uns senden, sollten Sie sich allerdings über die Risiken des Austauschs von Informationen über das Internet und öffentliche Netze im Klaren sein: solche Daten können theoretisch von Dritten, z.B. E-Mail-Dienstleistern, Geheimdiensten oder Hackern, mitgelesen werden. Wir bitten Sie daher, dies bei Ihrer Entscheidung zu berücksichtigen.

Datum und Unterschrift: _____

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen.

Klinik ChiemseeWinkel Seebruck GmbH
Patienten- und Belgeungsmanagement
Römerstraße 17
83358 Seeon-Seebruck
Telefon: 08667 87 930 – 80
Fax: 08667 87 930 – 92
anfrage@klinik-chiemseewinkel.de

