

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**

**Einzelzimmer**

**Doppelzimmer**

**Premium – Einzelzimmer**

(erste Reihe mit Balkon, See- und Bergblick)

**Premium – Doppelzimmer**

(2-Bett-Zimmer in bevorzugter Lage mit See- und Bergblick - Balkon mit herrlichem Ausblick)

**Komfort-Paket**

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



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



8. Haben Sie finanzielle Probleme?  ja  nein

9. Haben Sie in den letzten 3 Monaten gezielt gehungert, Heißhunger gehabt und/ oder erbrochen?  ja  nein

Größe: \_\_\_\_\_ cm                      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

10. Gibt es ein laufendes Renten – oder Schwerbehindertenverfahren?

nein  Renten - oder Schwerbehindertenantrag gestellt  Sozialgerichtsverfahren  Zeitrente

GdB: \_\_\_\_\_ % wegen: \_\_\_\_\_

11. Benötigen Sie medizinische Hilfsmittel?  ja  nein

12. Ausbildung / Beruf (wichtige Stationen):

Monat / Jahr	Tätigkeit / Beruf	Ausbildungsstelle / Arbeitsstelle

13. Aktuelle berufliche Situation:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? Wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_

14. Aktuelle Medikation:

Medikament	Dosierung	Einnahme seit

Allergien:  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



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 Angstatacke (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

