



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 | Versicherungs-Nr. | Prozent % |
|--------------------------------------------|---------------------------|-------------------|-----------|
| Private Krankenversicherung | | | |
| Beihilfestelle | | | |
| Sonstige Kostenträger z.B. Selbstzahler | | | |

Folgende Leistungen können Sie in Anspruch nehmen:

- | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung | <input type="checkbox"/> Premium – Einzelzimmer (erste Reihe mit Balkon, See- und Bergblick) |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Komfort-Paket (Leistungen, siehe unter... oder beigefügten Infoschreiben) |
| <input type="checkbox"/> 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 Ihren 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 behandlungsbezogene Nachfragen.

Datum und Unterschrift: _____

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

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

Fügen Sie bitte sämtliche Befundberichte der stationären und ambulanten Vorbehandlungen der Anmeldung bei oder lassen uns diese zeitnah zukommen.

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 4x/ pro Monat)
 ja, gelegentlich (1x pro Woche)
 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 und wie oft? _____

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 | Ausbildungs-/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 | | |
| 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 einen Suizidversuch unternommen?

ja nein

Wenn ja:

- Wann fand der letzte Versuch statt (Monat/Jahr)? _____
- Auf welche Art? _____

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 Menstruation | | | |

27. Wie oft fühlen 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 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 |
| Zitterten oder bebten Sie? | <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 |
| Bekamen Sie schlecht Luft? | <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 und 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

Überhaupt nicht an einzelnen Tagen an mehr als der Hälfte der Tage beinahe jeden Tag

Beschwerden beeinträchtigt?

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren | | | | |
| Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung | | | | |
| Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren | | | | |
| Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit | | | | |



| | | | | |
|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Übermäßige Sorgen bzgl. verschiedener An- gelegenheiten | | | | |
| Rastlosigkeit, sodas 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 Belegungsmanagement
Römerstraße 17
83358 Seeon-Seebruck
Telefon: 08667 87 930 – 80
Fax: 08667 87 930 92
anfrage@klinik-chiemseewinkel.de