



Gerne per Post oder Email an uns senden

Klinik ChiemseeWinkel Seebruck GmbH
Patienten – und Belegungsmanagement
 Privatklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
 Römerstraße 17
 83358 Seon-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:

- Chefarztbehandlung**
- Einzelzimmer**
- Doppelzimmer**
- Premium – Einzelzimmer**
(erste Reihe mit Balkon, See- und Bergblick)
- 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 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 zur weiteren Bearbeitung Ihrer Anmeldung 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 1x/ pro Monat) ja, gelegentlich (max. 1x pro Woche)
 ja, regelmäßig (3-4x/ pro Woche) ja, täglich

Machen Sie oder Nahestehende sich Sorgen über Ihren Alkoholkonsum? ja nein

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

- nein ja → Welche und wie oft? _____

5. Welche Rolle spielen digitale Medien (z.B. Social Media, Streaming, Gaming) in Ihrem Alltag? Bitte schildern Sie uns Art und Dauer der Nutzung und, ob Sie dadurch Belastungen oder Schwierigkeiten erleben:

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? nein ja → besteht eine Essstörungsdiagnose? _____



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? nein ja und zwar: _____

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 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 Weise? _____

Haben Sie aktuell Suizidgedanken? _____

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

	Nicht bee- inträchtigt	Wenig bee- inträchtigt	Stark bee- inträchtigt
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 fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	an einzel- nen Tagen	an mehr als der Häl- fte 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 weiter 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 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				
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung				
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren				
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit				
Übermäßige Sorgen bzgl. 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 Belegungsmanagement
Römerstraße 17
83358 Seeon-Seebruck
Telefon: 08667 87 930 – 80
Fax: 08667 87 930 92
anfrage@klinik-chiemseewinkel.de

