



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

Datum:

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**: _____

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.

2. Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?

☐☐☐☐☐

Werbeanzeige

Einweiser/Arzt

Weiterempfehlung

Onlinesuche/Recherche

Soziale Medien





3. 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?

4. Haben Sie ein Alkoholproblem?

☐ ja ☐ nein

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

☐ nein ☐ ja → Welche und wie oft? _____

6. 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:

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

8. Haben Sie das Gefühl, dass Essen und/oder Körpergewicht Sie in Ihrem Alltag übermäßig beschäftigen? ☐ nein ☐ ja → besteht eine Essstörungsdiagnose? _____





9. Haben Sie finanzielle Probleme? ☐ ja ☐ nein

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

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

11. Gibt es ein laufendes Renten – oder Schwerbehindertenverfahren?

☐ nein

☐ Renten - oder Schwerbehindertenantrag gestellt

☐ Sozialgerichtsverfahren

☐ Zeitrente

GdB: _____ % wegen: _____

12. Benötigen Sie medizinische Hilfsmittel? ☐ nein ☐ ja und zwar: _____

13. Ausbildung/Beruf (wichtige Stationen)

Monat/Jahr	Tätigkeit/Beruf	Ausbildungs-/Arbeitsstelle

14. Aktuelle berufliche Situation:

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? Wenn ja, seit wann: _____

15. Aktuelle Medikation:

Medikament	Dosierung	Einnahme seit

Allergien: ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____





16. Wichtige körperliche Erkrankungen (aktuell/vergangene):

17. Wo sind Sie geboren und aufgewachsen?

18. 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		

19. Familienstand:

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

Alter und Beruf des Partners/der Partnerin: _____





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

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

Alter	Geschlecht	Aktuelle Tätigkeit/Situation

22. Wer gehört zu Ihrem aktuellen Haushalt?

23. Wer sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben?

24. Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf?

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





26. Haben Sie einen Suizidversuch unternommen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

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

Haben Sie aktuell Suizidgedanken? _____

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

Nicht bee- Wenig bee- Stark bee-
inträchtigt inträchtigt 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	☐	☐	☐	☐

28. 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 Tätigkeiten	☐	☐	☐	☐
Verminderter Antrieb	☐	☐	☐	☐
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐





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

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

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

30. Wenn Sie an ihren letzten schlimmen Angstanfall denken ...

Haben Sie geschwitzt?	☐ ja	☐ nein
Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	☐ ja	☐ nein
Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	☐ ja	☐ nein
Hatten Sie Herzasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	☐ ja	☐ nein
Zitterten oder bebten Sie?	☐ ja	☐ nein
Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	☐ ja	☐ nein
Bekamen Sie schlecht Luft?	☐ ja	☐ nein
Hatten Sie das Gefühl, zu ersticken?	☐ ja	☐ nein
Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	☐ ja	☐ nein
Hatten Sie Hitzewallung und Kälteschauer?	☐ ja	☐ nein
Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	☐ ja	☐ nein

31. 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.

Wir empfehlen Ihnen aus den oben beschriebenen Gründen dringend, den postalischen Weg zu wählen.

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

