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			

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 alle Befundberichte der stationären und ambulanten Vorbehandlungen der Anmeldung bei oder lassen uns diese zeitnah zukommen.

1. 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?

2. Machen Sie oder Personen in Ihrem Umfeld sich gelegentlich Sorgen bzgl. Ihres Alkoholkonsums?

☐ ja ☐ nein

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

☐ nein ☐ ja ➔ Welche und wie oft? _____

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

5. Haben Sie in den letzten 3 Monaten gezielt gehungert, Heißhunger gehabt und/ oder erbrochen

☐ ja ☐ nein Größe: _____cm Gewicht: _____kg

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

7. Aktuelle berufliche Situation:

_____

_____

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

8. Aktuelle Medikation:

Medikament	Dosierung	Einnahme seit

Allergien: ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

9. Wichtige körperliche Erkrankungen (aktuell/vergangene):

_____

_____

10. Familienstand:

☐ ledig ☐ verlobt ☐ verheiratet ☐ feste Partnerschaft

☐ in Trennung lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ wiederverheiratet

seit: _____

11. Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf?

_____

_____

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

_____

_____

_____

13. Haben Sie einen Suizidversuch unternommen?

☐ ja ☐ nein Wenn ja:

Wann fand der letzte Versuch statt (Monat/Jahr)? _____

Auf welche Weise? _____

Haben Sie aktuell Suizidgedanken? _____

14. 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				
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				

Zur Anreise:

☐ Ich kann ab dem _____ jederzeit kurzfristig anreisen

☐ 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