



**KIRINUS**

ALPENPARK KLINIK

## Aufnahmeblatt

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte versenden Sie dieses Aufnahmeblatt per Post, Fax oder Mail an unten angegebene Adresse. Beachten Sie bitte auch, dass wir für die Festlegung des Therapieplatzes noch die sogenannte „Verordnung von Krankenhausbehandlung“, ausgestellt durch eine Fachärztin oder einen Facharzt der Bereiche Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie oder Nervenheilkunde und / oder Vorbefunde bzw. Atteste benötigen.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

COVID-19 genesen:  ja, seit \_\_\_\_\_  nein

Vollständig gegen COVID-19 geimpft:  ja, seit \_\_\_\_\_  nein

Hausärztin oder Hausarzt \_\_\_\_\_

Einweisende Ärztin oder Arzt \_\_\_\_\_

Vertraute Person \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Ich kann ab \_\_\_\_\_ zur Behandlung kommen.

Bitte nicht ausfüllen – wird in der Klinik bearbeitet

**Aufnahmeart**

- normal
- aus anderem KH

**Wiederholungspatient**

- ja
- nein

**Geschlecht**

- weiblich
- männlich
- divers

**Durchwahl**

- ja
- nein

**Fernseher**

- ja
- nein

**Aufnahmedatum** \_\_\_\_\_ **Aufnahmezeit** \_\_\_\_\_ **Postfach** \_\_\_\_\_



KIRINUS

ALPENPARK KLINIK

# Anmelde-Fragebogen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

weiblich Mobil \_\_\_\_\_

männlich E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

divers

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Welche körperlichen und / oder seelischen Beschwerden beeinträchtigen Sie wesentlich in ihrem derzeitigen Befinden?

---

---

---

---

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?  ja  nein

Wenn ja: Wann fand der letzte Versuch statt (Monat / Jahr)? \_\_\_\_\_

Waren Sie jemals in stationärer psychosomatischer und / oder psychiatrischer Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, bitte machen Sie kurze Angaben dazu:

Jahr	Einrichtung	Aufnahmegrund	Dauer (in Wochen)

Wir bitten Sie, uns die jeweiligen Abschlussberichte zukommen zu lassen.

Sind Sie in ambulanter Psychotherapie?  ja  nein

Name des Therapeuten \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Therapierichtung:  Verhaltenstherapie  Tiefenpsychologie / Analyse  Andere

Wenn nein, Begründung: \_\_\_\_\_



# KIRINUS

ALPENPARK KLINIK

Haben Sie im letzten halben Jahr psychotrope Substanzen (z.B. Cannabis, Kokain, Tranquilizer etc.) konsumiert?  ja  nein

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

Waren Sie schon einmal in einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung (Alkohol, Drogen, Medikamente) oder wurde Ihnen eine solche Behandlung empfohlen?  ja  nein

Haben Sie ein Handicap?  ja  nein

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

Benötigen Sie medizinische oder andere Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, CPAP-Maske)?  ja  nein

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

Sind Sie im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen?  ja  nein

Wenn ja, bitte genauerer Angaben \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer aktuell behandlungsbedürftigen körperlichen Erkrankung (z.B. Asthma, Diabetes mellitus, chronische Infektionskrankheit, Neurodermitis, Arthrose etc.)?  ja  nein

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

Um einschätzen zu können, ob und in welchem speziellen Setting ein stationärer Aufenthalt in unserem Haus für Sie zum aktuellen Zeitpunkt hilfreich werden kann, ist es für uns sinnvoll, mit Ihren aktuellen ambulanten Behandlern Kontakt aufzunehmen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass leitendes Personal der KIRINUS Alpenpark Klinik mit folgenden ambulanten Behandlern (Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen, Psychologen) Kontakt aufnehmen und sich gegenseitig über meine Symptomatik / Behandlung austauschen dürfen.

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht für:

Therapeut \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Therapeut \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Anmerkung: Die personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt. Sie werden dem zuständigen ärztlichen oder psychologischen Personal der KIRINUS Alpenpark Klinik GmbH zur Verfügung gestellt. Wir weisen darauf hin, dass die uns überlassenen Unterlagen im Falle einer Nicht-Aufnahme in die Klinik nicht zurückgesandt werden können, sondern vernichtet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mich ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter der KIRINUS Alpenpark Klinik GmbH per unverschlüsselter E-Mail kontaktieren, um Fragen zu meinem Aufnahmeblatt und meinen Befundunterlagen zu klären, die für meine Aufnahme in die KIRINUS Alpenpark Klinik relevant sind. Dabei werden auch meine Gesundheitsdaten übermittelt. Mir ist bekannt, dass unverschlüsselte E-Mails möglicherweise von Dritten gelesen werden können.

ja  nein

Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

KIRINUS Alpenpark Klinik

Defreggerweg 2-6

83707 Bad Wiessee