



## 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 \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie: Die Kosten für Wahlleistungen sind von der Patientin oder dem Patienten bzw. der privaten (Zusatz-)Versicherung zu tragen. Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen kann nur für die gesamte Dauer des stationären Aufenthaltes erfolgen. Wir weisen darauf hin, dass die Wahlleistungen „Privatärztliche Behandlung“ und die Wahlleistung „Zweibett- / Einbettzimmer“ unabhängig voneinander in Anspruch genommen werden können.

Ich wünsche privatärztliche Behandlung mit gesonderter Liquidation (Wahlleistung Arzt)  Ja  Nein

Wahlleistung Doppelzimmer „Komfort“ 26,07 €/ Tag

Wahlleistung Einzelzimmer „Standard“ 71,13 €/ Tag

Wahlleistung Einzelzimmer „Komfort“ 75,49 €/ Tag

\* Preise Stand Anmeldedatum. Der tatsächliche Preis kann bei späterer Aufnahme variieren. Die Abrechnung erfolgt nach dem zum Aufnahmetag gültigen Preis.

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** \_\_\_\_\_



# 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

SCHLEMMER 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? \_\_\_\_\_

In welchem Lebensbereich benötigen Sie eine Unterstützung?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beruf                 | <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung  |
| <input type="checkbox"/> Wohnsituation         | <input type="checkbox"/> Sozialleistungen   |
| <input type="checkbox"/> Finanzen              | <input type="checkbox"/> Haben Sie eine gesetzliche, vom Amtsgericht eingesetzte Betreuung?<br>Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie des Betreuerausweises bei. |
| <input type="checkbox"/> Familie               | <input type="checkbox"/> Haben Sie eine Erwerbminderungsrente beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?   |
| <input type="checkbox"/> Partnerschaft         |   |
| <input type="checkbox"/> Berentung             |   |
| <input type="checkbox"/> Rechtsangelegenheiten |   |

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 Schlemmer 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 Schlemmer 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 Schlemmer Klinik GmbH per unverschlüsselter E-Mail kontaktieren, um Fragen zu meinem Aufnahmeblatt und meinen Befundunterlagen zu klären, die für meine Aufnahme in die KIRINUS Schlemmer 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 Schlemmer Klinik  
Stefanie-von Strechine-Straße 16  
83646 Bad Tölz