



## ANMELDE-FRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

unser Haus hat sich auf unterschiedliche Krankheitsbilder spezialisiert und entsprechende Behandlungsabläufe entwickelt, um Ihre Therapie möglichst effektiv zu gestalten. Für eine zügige Bearbeitung Ihrer Anmeldung benötigen wir Ihre Unterstützung. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst genau und vollständig.

### ZUM ANMELDEBOGEN BENÖTIGEN WIR ZUSÄTZLICH:

- Einen **aktuellen Arztbrief** (ein Kurzarztbrief ist ausreichend) von der anmeldenden Fachärztin, vom anmeldenden Facharzt oder der Psychologischen Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeuten oder ggf. von der zuverlegenden Klinik. Zusätzliche ältere Arztbriefe sind hilfreich.
- Bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten einen **Einweisungsschein** von Ihrer Fachärztin oder Ihrem Facharzt der Bereiche Allgemeinmedizin / Hausarzt, Psychiatrie, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder von Ihren Psychologischen Psychotherapeuten.
- Bei privat versicherten Patientinnen und Patienten eine **Kostenzusage** für mindestens vier Wochen von Ihrer Krankenversicherung und ggf. Ihrer Beihilfestelle.

### 1. PERSÖNLICHE DATEN

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
weiblich männlich divers E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

### 2. ANGABEN ZUR KRANKENVERSICHERUNG

Krankenversichert bei (Name der Versicherung, Adresse) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_ Gesetzlich versichert Privat versichert Selber Mitglied  
Familienmitglied Selbstzahler Rentner Rentner mitversichert

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

Bitte beachten Sie: Die Kosten für Wahlleistungen sind von der Patientin/dem Patienten bzw. der privaten (Zusatz-)Versicherung zu tragen. Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen kann nur für die gesamte Dauer des teilstationären Aufenthaltes erfolgen.

Besteht eine Zusatzversicherung bzw. schließt Ihr Vertrag wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) ein? Ja Nein

Wenn Ja, bei welcher Versicherung (Name, Adresse)? \_\_\_\_\_

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Wenn Ja, bei welcher Beihilfestelle (Name, Adresse)? \_\_\_\_\_



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

**3. ANGABEN ZU BEHANDELNDEN ÄRZTEN**

Einweisende Fachärztin oder Facharzt, der Ihren Einweisungsschein ausstellt (Name, Adresse, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hausärztin oder Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHE ANGABEN**

Befinden Sie sich derzeit in ambulanter Psychotherapie?

Ja

Nein

Psychotherapeutin oder Psychotherapeut (Name, Adresse, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Therapierichtung:      Verhaltenstherapie      Tiefenpsychologie/Psychoanalyse      Andere

Wenn nein, warum nicht (Begründung)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kreuzen Sie bitte an, welche Beschwerden aktuell bei Ihnen bestehen:

Gedrückte Stimmung	Umgang mit traumatischen Erinnerungen
Interessenverlust, Freudlosigkeit	Schnell wechselnde Stimmungen
Verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit	Instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen
Verminderte Konzentrationsfähigkeit	Verzweifeltes Bemühen zu verhindern, dass Sie verlassen werden
Vermindertes Selbstwertgefühl	Selbstverletzung falls ja, bitte beschreiben Sie dies kurz:
Schuldgefühle, Gefühl von Wertlosigkeit	
Negativer und pessimistischer Blick in die Zukunft	Impulsives Verhalten falls ja, bitte beschreiben Sie dies kurz:
Suizidgedanken	
Schlafstörungen	Chronische Schmerzen
Verminderter oder gesteigerter Appetit	Sonstige chronische körperliche Beschwerden falls ja, bitte beschreiben Sie dies kurz:
Störungen des Essverhaltens falls ja, bitte beschreiben Sie dies kurz:	
Wutausbrüche	Sonstige Beschwerden falls ja, bitte beschreiben Sie dies kurz:
Gefühl der inneren Leere	

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

Ja

Nein

Wenn ja, wann fand der letzte Versuch statt (Monat/ Jahr)? \_\_\_\_\_



# KIRINUS

TAGESKLINIK

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

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)

**Bitte denken Sie daran, uns die Abschlussberichte Ihrer Klinikaufenthalte zukommen zu lassen, sofern vorhanden.**

Wie häufig und in welchen Mengen trinken Sie aktuell Alkohol?

\_\_\_\_\_

Gab es Phasen in Ihrem Leben, in denen Sie vermehrt Alkohol getrunken haben? Ja      Nein  
Wenn ja, wann und in welchen Mengen?

\_\_\_\_\_

Konsumieren Sie aktuell illegale Drogen (inkl. Cannabis) oder haben diese in der Vergangenheit konsumiert? Ja      Nein  
Wenn ja, welche Drogen, wie häufig und wann zuletzt?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie aktuell oder nahmen Sie in der Vergangenheit abhängig machende Medikamente wie z. B. Benzodiazepine (Tavor, Valium o.ä.) oder Opiate ein? Ja      Nein  
Wenn ja, welche, wie häufig und wann zuletzt?

\_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung von Alkohol, Drogen und/oder Medikamenten (Benzodiazepine, Opiate o.ä.) Ja      Nein  
Wenn ja, wann und wo?

\_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Abhängigkeiten (z.B. Kaufsucht, Spielsucht)? Ja      Nein  
Wenn ja, welche und wie häufig?

\_\_\_\_\_

Benötigen Sie medizinische oder andere Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, CPAP-Maske)? Ja      Nein  
Wenn ja, wann?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer Essstörung? Ja      Nein

Leiden Sie aktuell unter einer körperlichen Erkrankung, die während Ihres Aufenthalts bei uns behandelt werden muss (z.B. Asthma, Diabetes, Infektionskrankheit, Neurodermitis, Arthrose etc.)? Ja      Nein  
Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie aktuell Medikamente (internistische Medikamente und/oder Psychopharmaka) ein? Ja      Nein  
Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?



**KIRINUS**  
TAGESKLINIK

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

**5. SONSTIGE ANGABEN**

Sind Sie im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen? Ja      Nein  
Wenn ja, bitte genauere Angaben

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In welchem Lebensbereich benötigen Sie eine Unterstützung?

Beruf      Wohnsituation      Finanzen      Familie      Partnerschaft      Berentung      Rechtsangelegenheiten

Falls Sie minderjährige Kinder haben:  
Ist die Betreuung tagsüber während der tagesklinischen Behandlung gewährleistet? Ja      Nein

Gewünschter Aufnahmetermin

\_\_\_\_\_

Vertraute Person, die die KIRINUS Tagesklinik kontaktieren darf, falls wir Sie nicht erreichen (Name, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_

Wurde bereits eine Angehörige oder ein Angehöriger von Ihnen in einer unserer Kliniken behandelt? Ja      Nein  
Wenn ja, wer, wo und wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, über E-Mail zu kommunizieren. Dabei verwenden wir keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, d.h. der Inhalt der E-Mail kann möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, geben Sie uns bitte nachfolgend Ihre E-Mail-Adresse an. Anderenfalls lassen Sie das Feld bitte frei. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine E-Mails mehr.

Ihre E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie Ihre vollständigen Aufnahmeunterlagen per Post, Fax oder E-Mail an die unten angegebene Adresse.  
Alternativ nehmen wir Ihre Unterlagen auch gerne persönlich entgegen. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt  
und nur in unserem Haus verarbeitet.