



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:

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



KIRINUS

TAGESKLINIK

Name / Vorname _____

Leiden Sie unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Ja Nein
Wenn ja, welche? Falls ja, reichen Sie uns bitte einen ärztlichen Befund dazu ein.

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

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.