

## 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. Um Ihre Anmeldung zügig bearbeiten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst genau und vollständig.

### ZUM ANMELDEBOGEN BENÖTIGEN WIR ZUSÄTZLICH:

- I Aktuelle **BEFUNDBERICHTE** und/oder **ABSCHLUSSBERICHTE** Ihrer derzeitigen oder kürzlich stattgefundenen psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlungen und/oder Klinikaufenthalte
- I **EINWEISUNGSSCHEIN** („Verordnung von Krankenhausbehandlung“), ausgestellt durch einen Facharzt der Bereiche Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Nervenheilkunde oder durch einen Psychologischen Psychotherapeuten (nur bei gesetzlich versicherten Patienten)
- I **KOSTENZUSAGE** Ihrer Krankenversicherung und ggf. Ihrer Beihilfestelle über mindestens 4 Wochen (nur bei privat versicherten Patienten)

### 1. PERSÖNLICHE DATEN

NAME \_\_\_\_\_ VORNAME \_\_\_\_\_

STRASSE, HAUSNUMMER \_\_\_\_\_

PLZ, WOHNORT \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_

GEBURTSNAME \_\_\_\_\_ MOBILTELEFON \_\_\_\_\_

WEIBLICH  MÄNNLICH EMAIL \_\_\_\_\_

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

BESTEHT EINE ZUSATZVERSICHERUNG bzw. schließt Ihr Vertrag wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) ein?  JA  NEIN

I WENN JA, BEI WELCHER VERSICHERUNG (Name, Adresse)? \_\_\_\_\_

SIND SIE BEIHILFEBERECHTIGT?  JA  NEIN

I WENN JA, BEI WELCHER BEIHILFESTELLE (Name, Adresse)? \_\_\_\_\_

### 3. ANGABEN ZU BEHANDELNDEN ÄRZTEN

EINWEISENDER FACHARZT, DER IHREN EINWEISUNGSSCHEIN AUSSTELLT (Name, Adresse, Telefonnummer) \_\_\_\_\_

HAUSARZT (Name, Adresse, Telefonnummer) \_\_\_\_\_

### 4. MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHE ANGABEN

BEFINDEN SIE SICH DERZEIT IN AMBULANTER PSYCHOTHERAPIE?  JA  NEIN

PSYCHOTHERAPEUT (Name, Adresse, Telefonnummer) \_\_\_\_\_

THERAPIERICHTUNG:  VERHALTENSTHERAPIE  TIEFENPSYCHOLOGIE / ANALYSE  ANDERE

WENN NEIN, WARUM NICHT (Begründung)? \_\_\_\_\_

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)

! BITTE DENKEN SIE DARAN, UNS DIE ABSCHLUSSBERICHTE IHRER KLINIKAUFENTHALTE ZUKOMMEN ZU LASSEN, SOFERN VORHANDEN.

LEIDEN SIE UNTER EINER ESSSTÖRUNG?  JA  NEIN

BESTEHT AKTUELL EINE ALKOHOL- ODER DROGENABHÄNGIGKEIT?  JA  NEIN

WAREN SIE SCHON EINMAL IN EINER ENTZUGS- ODER ENTWÖHNUNGSBEHANDLUNG  
(Alkohol, Drogen, Medikamente) ODER WURDE IHNEN EINE SOLCHE BEHANDLUNG EMPFOHLEN?  JA  NEIN

WENN JA, WELCHE? \_\_\_\_\_ WANN \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

LEIDEN SIE UNTER EINER AKTUELL BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGEN KÖRPERLICHEN ERKRANKUNG  
(z.B. Asthma, Diabetes, Infektionskrankheit, Neurodermitis, Arthrose etc.)?  JA  NEIN

WENN JA, WELCHE? \_\_\_\_\_

## 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  WOHSITUATION  FINANZEN  FAMILIE  PARTNERSCHAFT  BERENTUNG  RECHTSANGELEGENHEITEN

GEWÜNSCHTER AUFNAHMETERMIN \_\_\_\_\_

VERTRAUTE PERSON, DIE DIE CIP TAGESKLINIK KONTAKTIEREN DARF, FALLS WIR SIE NICHT ERREICHEN (Name, Telefonnummer) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie Ihre vollständigen Aufnahmeunterlagen per Post, Fax oder Email 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.