

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** Einen aktuellen **ARZTBRIEF** (ein Kurzarztbrief ist ausreichend) vom anmeldenden Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeuten oder ggf. von der zuverlegenden Klinik. Zusätzliche ältere Arztbriefe sind hilfreich.
- I** Bei gesetzlich versicherten Patienten einen **EINWEISUNGSSCHEIN** von Ihrem Facharzt (für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Neurologie oder Nervenheilkunde) oder Ihrem Psychologischen Psychotherapeuten.
- I** Bei privat versicherten Patienten eine **KOSTENZUSAGE** für mindestens 4 Wochen von Ihrer Krankenversicherung und ggf. Ihrer Beihilfestelle.

WIE SIND SIE AUF DIE CIP TAGESKLINIK AUFMERKSAM GEWORDEN?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SUCHMASCHINE (Google etc.) | <input type="checkbox"/> PERSÖNLICHE EMPFEHLUNG (durch Familie, Freunde, Bekannte) | <input type="checkbox"/> MEDIEN (z.B. Zeitungsartikel) |
| <input type="checkbox"/> JAMEDA | <input type="checkbox"/> EMPFEHLUNG DURCH ARZT | <input type="checkbox"/> BROSCHÜRE, FLYER |
| <input type="checkbox"/> KLINIKBEWERTUNGEN | <input type="checkbox"/> ANDERE MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN | <input type="checkbox"/> SONSTIGES |

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

ICH WÜNSCHE PRIVATÄRZTLICHE BEHANDLUNG MIT GESONDERTER LIQUIDATION (Wahlleistung Arzt) JA NEIN

Bitte beachten Sie: Die Kosten für Wahlleistungen sind vom Patienten bzw. seiner 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

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)? _____

KREUZEN SIE BITTE AN, WELCHE BESCHWERDEN AKTUELL BEI IHNEN BESTEHEN:

<input type="checkbox"/> GEDRÜCKTE STIMMUNG	<input type="checkbox"/> GEFÜHL DER INNEREN LEERE
<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"/> VERMINDERTES 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"/> SONSTIGE BESCHWERDEN falls ja, bitte beschreiben Sie dies kurz:
<input type="checkbox"/> VERMINDERTER ODER GESTEIGERTER APPETIT	
<input type="checkbox"/> WUTAUSBRÜCHE	

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

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, 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?

BENÖTIGEN SIE MEDIZINISCHE ODER ANDERE HILFSMITTEL (z.B. Rollstuhl, CPAP-Maske)? JA NEIN
WENN JA, WANN? _____

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? _____

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

FALLS SIE MINDERJÄHRIGE KINDER HABEN:

IST DIE BETREUUNG TAGSÜBER WÄHREND DER TAGESKLINISCHEN BEHANDLUNG GEWÄHRLEISTET? JA NEIN

GEWÜNSCHTER AUFNAHMETERMIN _____

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

WURDE BEREITS EIN/E ANGEHÖRIGE/R 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 EMAILADRESSE _____

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.