



Klinik Windach

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Anmeldeformular

Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft und ausführlich. Sie helfen den behandelnden Ärzten Ihre gesundheitliche Situation zu beurteilen und Ihren Genesungsprozess zu beschleunigen. In unserer Klinik werden seelische und körperliche Erkrankungen psychotherapeutisch behandelt. Wir können Ihnen helfen, Lösungsmöglichkeiten zur Überwindung dieser Erkrankungen zu finden. Dabei ist jedoch Ihre aktive Mitarbeit erforderlich.

BITTE ALLE FELDER VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN

Kontaktdaten:

Anrede	Vorname	Nachname
Straße/Nr.		PLZ/Wohnort
Geburtsdatum	Alter	
E-Mail		
Telefonnummer	weitere Telefonnummer	

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand _____ Anzahl u. Alter Ihrer Kinder (falls vorhanden) _____

derzeit ausgeübter Beruf _____ Unternehmen / Branche _____

Beschäftigungsverhältnis: angestellt selbständig

Arbeitsunfähig seit: nein ja, seit _____

Rentenantrag gestellt? ja nein Beziehen Sie Rente? ja nein

Falls ja, ist der Rentenbezug befristet? _____

Frühestmögliches Datum an dem Sie zur Behandlung kommen können? _____

Wie kurzfristig können Sie die stationäre Behandlung aufnehmen?

innerhalb von 3-4 Wochen innerhalb 2 Wochen innerhalb 1 Woche innerhalb weniger Tage

Angehöriger:

Name _____

Adresse _____

Telefon _____



1 1 2 0 0

Gesetzlicher BetreuerIn:

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? ja nein falls ja:

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Einweisender Arzt/Ärztin:

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Behandelnder Facharzt/-ärztin (Psychiatrie/Psychosomatische Medizin): ja nein

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Behandelnder PsychotherapeutIn: ja nein falls ja:

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Versicherungsdaten:

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung (falls vorhanden) _____

Wahlleistungen _____

Ärztliche Wahlleistung _____

Wahlleistung Zimmer _____

Weitere Fragen

Aufgrund welcher Beschwerden oder Schwierigkeiten streben Sie eine Behandlung in unserer Klinik an?



Welche psychischen Erkrankungen wurden bisher diagnostiziert?

Welche körperlichen Erkrankungen oder Beschwerden liegen vor:

Welche Auswirkungen haben diese Schwierigkeiten auf Ihre Partnerschaft?

Welche Auswirkungen haben diese Schwierigkeiten auf Ihren Arbeitsplatz?

Welche Auswirkungen haben diese Schwierigkeiten auf Ihre Freizeitgestaltung?

Welches sind Ihre wichtigsten Ziele für Ihre Behandlung in unserer Klinik?

Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen? ja nein

– Wenn ja, wann und wie? _____

Verletzen Sie sich selbst? ja nein

– Falls ja, welche Verletzungen und wie regelmäßig?

Waren Sie wegen der o.g. Schwierigkeiten bereits in Behandlung? ja nein

– Wenn ja, wann und wo ambulant (in der ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis, MVZ etc.)?

– Wenn ja, wann und wo stationär (Krankenhaus oder Reha-Klinik)?

Bitte senden Sie uns die Abschlussberichte der Behandlungen der letzten 5 Jahre zu.

Medikamente ja nein

– Falls Sie zurzeit Medikamente einnehmen, geben Sie diese bitte vollständig (auch Injektionen) an, seit wann und in welcher Dosierung.

– Haben bereits Therapieversuche mit Psychopharmaka, u. a. Antidepressiva stattgefunden?
Falls ja, mit welchen?

Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? ja nein

– Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser und was trinken Sie üblicherweise an einem Tag?

– Haben Sie jemals Schuld- und Reuegefühle empfunden, nachdem Sie getrunken haben? ja nein

– Sind Sie bereits wegen Problemen mit Alkohol in Behandlung gewesen? ja nein
 ambulant stationär

Nehmen Sie Drogen? ja nein

Wenn ja, welche, wie häufig und in welcher Menge? _____

Sind Sie jemals wegen Problemen mit Drogen in Behandlung gewesen? ja nein

Wieviel Zeit verbringen Sie täglich am Handy/PC/im Internet? _____

Weitere Angaben

Welche Vorstellungen und Wünsche haben Sie bezüglich der Dauer Ihrer stationären Behandlung?

Benötigen Sie pflegerische Hilfe (z. B. wegen eingeschränkter Mobilität, Inkontinenz, usw.) beim Waschen, Ankleiden, Essen oder Trinken? ja nein

Wenn ja, welche Hilfe benötigen Sie?

Körpergröße in cm _____ Gewicht in kg _____

Benutzen Sie beim Schlafen ein CPAP-Gerät? ja nein

Benutzen Sie einen Rollator? ja nein Benutzen Sie einen Rollstuhl? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien gegen Lebensmittel? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte senden Sie uns ein ärztliches Attest zur Prüfung ob wir dies während Ihres Aufenthaltes berücksichtigen können.