



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 beantworten Sie die nachstehenden Fragen genau und ausführlich.

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

Sind Sie arbeitsunfähig? nein ja, seit _____

Rentantrag gestellt? ja nein Beziehen Sie Rente? ja nein

Falls ja, ist der Rentenbezug befristet? _____

Sind Sie momentan in offene Gerichtsverfahren involviert? ja nein

Sind Sie vorbestraft? ja nein

Wenn ja, haben Sie Bewährungsauflagen? ja nein

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 _____

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?
(Bitte beschreiben Sie mit eigenen Worten die Problematik in Ihrem Leben.)

Welche psychischen Erkrankungen wurden bisher diagnostiziert (Diagnosen der Behandler)?

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 neben stehenden 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.

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung: ja nein

– Wenn ja, was hat sich konkret seit Entlassung aus unserer Klinik geändert (z.B. in welchen Bereichen sehen Sie und/oder Ihre Angehörigen bereits Fortschritte)? Bitte geben Sie Beispiele, bzw. beschreiben Sie spezifische Verhaltensweisen.

– Wenn ja, was ist nach wie vor schwierig, bzw. welche Symptomatik steht aktuell im Vordergrund? Bitte geben Sie auch konkrete Beispiele.

– Wenn ja, waren für eine Wiederaufnahme Vorbedingungen vereinbart? Wenn ja welche? Sind diese erfüllt?

Medikamente ja nein

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



– Haben bereits früher 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 _____

Hinweis: Aus baulichen Gründen können wir nur Patienten bis 150 kg aufnehmen.

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.