

Aufnahmeblatt

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte versenden Sie dieses Aufnahmeblatt per Post, Fax oder Mail an unten angegebene Adresse. Beachten Sie bitte auch, dass wir für die Festlegung des Therapieplatzes noch die sogenannte „Verordnung von Krankenhausbehandlung“, ausgestellt durch eine Fachärztin oder einen Facharzt der Bereiche Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie oder Nervenheilkunde und / oder Vorbefunde bzw. Atteste benötigen.

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ Mobil _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Familienstand _____

Beruf _____ Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____ E-Mail-Adresse _____

Hausärztin oder Hausarzt _____

Einweisende Ärztin oder Arzt _____

Vertraute Person _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Zusatzversicherung _____ Versicherungsnummer _____

Bitte beachten Sie: Die Kosten für Wahlleistungen sind von der Patientin oder dem Patienten bzw. der privaten (Zusatz-)Versicherung zu tragen. Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen kann nur für die gesamte Dauer des stationären Aufenthaltes erfolgen. Wir weisen darauf hin, dass die Wahlleistungen „Privatärztliche Behandlung“ und die Wahlleistung „Zweibett- / Einbettzimmer“ unabhängig voneinander in Anspruch genommen werden können.

Ich wünsche privatärztliche Behandlung mit gesonderter Liquidation (Wahlleistung Arzt) ☐ Ja ☐ Nein

Wahlleistung Doppelzimmer „Komfort“ 99,00 €* / Tag ☐

Wahlleistung Einzelzimmer „Komfort“ 210,00 €* / Tag ☐

* Preise Stand Anmeldedatum. Der tatsächliche Preis kann bei späterer Aufnahme variieren. Die Abrechnung erfolgt nach dem zum Aufnahmetag gültigen Preis.

Bitte nicht ausfüllen – wird in der Klinik bearbeitet

Aufnahmeart

- ☐ normal
☐ aus anderem KH

Wiederholungspatient

- ☐ ja
☐ nein

Geschlecht

- ☐ weiblich
☐ männlich
☐ divers

Durchwahl

- ☐ ja
☐ nein

Fernseher

- ☐ ja
☐ nein

Aufnahmedatum _____ **Aufnahmezeit** _____ **Postfach** _____

Anmelde-Fragebogen

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

☐ weiblich Mobil _____

☐ männlich E-Mail-Adresse _____

☐ divers

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

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)

Wir bitten Sie, uns die jeweiligen Abschlussberichte zukommen zu lassen.

Sind Sie in ambulanter Psychotherapie? ☐ ja ☐ nein

Name des Therapeuten _____ Tel _____

Therapierichtung: ☐ Verhaltenstherapie ☐ Tiefenpsychologie / Analyse ☐ Andere

Wenn nein, Begründung: _____

Haben Sie im letzten halben Jahr psychotrope Substanzen (z.B. Cannabis, Kokain, Tranquilizer etc.) konsumiert? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Waren Sie schon einmal in einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung (Alkohol, Drogen, Medikamente) oder wurde Ihnen eine solche Behandlung empfohlen? ☐ ja ☐ nein

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? _____

Sind Sie im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte genauerer Angaben _____

Leiden Sie unter einer aktuell behandlungsbedürftigen körperlichen Erkrankung (z.B. Asthma, Diabetes mellitus, chronische Infektionskrankheit, Neurodermitis, Arthrose etc.)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

In welchem Lebensbereich benötigen Sie eine Unterstützung?

- | | |
|--|---|
| ☐ Beruf | ☐ Kinderbetreuung |
| ☐ Wohnsituation | ☐ Sozialleistungen |
| ☐ Finanzen | ☐ Haben Sie eine gesetzliche, vom Amtsgericht eingesetzte Betreuung?
Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie des Betreuerausweises bei. |
| ☐ Familie | ☐ Haben Sie eine Erwerbminderungsrente beantragt, über die noch nicht entschieden wurde? |
| ☐ Partnerschaft | |
| ☐ Berentung | |
| ☐ Rechtsangelegenheiten | |

Um einschätzen zu können, ob und in welchem speziellen Setting ein stationärer Aufenthalt in unserem Haus für Sie zum aktuellen Zeitpunkt hilfreich werden kann, ist es für uns sinnvoll, mit Ihren aktuellen ambulanten Behandlern Kontakt aufzunehmen. Wir bitten Sie hierzu die Daten auf Seite 4 auszufüllen.

Entbindung der Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass leitendes Personal der KIRINUS Schlemmer Klinik mit folgenden ambulanten bzw. teil- oder vollstationären Behandlern (Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen, Psychologen) Kontakt aufnehmen und sich gegenseitig über meine Symptomatik/Behandlung austauschen dürfen.

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht für:

Therapeut _____	Tel _____
Therapeut _____	Tel _____
Therapeut _____	Tel _____
Klinik _____	Tel _____
Klinik _____	Tel _____
Klinik _____	Tel _____

Anmerkung: Die personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt. Sie werden dem zuständigen ärztlichen oder psychologischen Personal der KIRINUS Schlemmer Klinik GmbH zur Verfügung gestellt. Wir weisen darauf hin, dass die uns überlassenen Unterlagen im Falle einer Nicht-Aufnahme in die Klinik nicht zurückgesandt werden können, sondern vernichtet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mich ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter der KIRINUS Schlemmer Klinik GmbH per unverschlüsselter E-Mail kontaktieren, um Fragen zu meinem Aufnahmeblatt und meinen Befundunterlagen zu klären, die für meine Aufnahme in die KIRINUS Schlemmer Klinik relevant sind. Dabei werden auch meine Gesundheitsdaten übermittelt. Mir ist bekannt, dass unverschlüsselte E-Mails möglicherweise von Dritten gelesen werden können.

☐ ja ☐ nein

Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

KIRINUS Schlemmer Klinik
Stefanie-von-Strechine-Straße 16
83646 Bad Tölz