

## Blatt 2 Ä

<b>Name, Vorname:</b>  <b>Anschrift:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>  <b>Telefonnummern:</b>  <b>Email-Adresse:</b>
<b>1. Kostenträger:</b> <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse (GKV) <input type="checkbox"/> private Krankenkasse (PKV): eine Kostenzusage muss prästationär vorliegen. Ist diese beantragt bzw. vorhanden? <input type="checkbox"/> ja Bitte senden Sie uns die Kostenübernahme zu <input type="checkbox"/> nein Bitte setzen Sie sich mit ihrer PKV bzgl. der Kostenübernahme in Verbindung <input type="checkbox"/> in Klärung <input type="checkbox"/> Bemerkungen: <input type="checkbox"/> sonstiger Kostenträger:	
<b>2. Grad der Behinderung:</b> <input type="checkbox"/> ja, _____ % <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	
<b>3. Berufliche Situation:</b> Sie arbeiten in einem festen Arbeitsverhältnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Beruf: Sie sind arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    seit wann? Sie sind arbeitslos? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    seit wann? Sie sind berentet? <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    seit wann?                      bis wann? <input type="checkbox"/> teilberentet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    seit wann?                      bis wann? <input type="checkbox"/> vollberentet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    seit wann?                      bis wann? Rente ist beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    seit wann?                      bis wann?	
<b>4. Wohnsituation:</b> Sie wohnen <input type="checkbox"/> zur Miete <input type="checkbox"/> Eigentum	
<b>5. Gibt es laufende juristische Verfahren? (z.B. Scheidung, Rentenwiderspruch)</b> <input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nein	

**6. Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden:**

**7. Müssen wir uns Gedanken machen, dass Sie sich etwas antun wollen?**

**8. Sind Sie aktuell:**

in Facharztbehandlung       ja    nein      wie oft:                      früher:

in ambulanter Psychotherapie    ja    nein      wie oft:                      früher:

Name und Anschrift des Behandlers:

**9. Bisherige Aufenthalte in psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken?**

**10. Bisherige Aufenthalte in somatischen Krankenhäusern (z.B. Unfälle, Erkrankungen)**

<b>11. Werden Sie <u>aktuell</u> mit Medikamenten behandelt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
<b>Medikament</b>	<b>Dosierung</b>	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
<b>12. Wie geht es Ihnen körperlich? Haben Sie Schmerzen? Wer behandelt Sie deswegen?</b>		
<b>13. Größe:</b>	<b>14. Gewicht:</b>	
<b>15. Leiden Sie unter Allergien?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:		
<b>16. Haben Sie eine aktuelle Erkrankung, wegen der Sie beim Arzt sind und/oder Medikamente nehmen?</b>		
<b>17. Konsumieren Sie regelmäßig:</b>		
<b>Alkohol</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    wie oft:	
<b>Zigaretten</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    wie oft:	
<b>Drogen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    wie oft/welche:	
<b>Beruhigungsmittel</b> (z.B. Valium/Tavor)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    wie oft/welche:	
<b>18. Von wem ging die Initiative aus, dass Sie eine stationäre psychosomatische Behandlung benötigen könnten?</b>		
<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> Angehöriger	<input type="checkbox"/> Freunde
<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Facharzt	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> Sonstige		

**19. Wie sind Sie auf die Idee gekommen, sich hierzu an uns zu wenden?**

- Ich wurde bereits in der Klinik am Park behandelt:       Reha       Akut
- Auf Empfehlung von:
- Sonstiges:

**16. Was ist Ihr Wunsch, Ihr Ziel an die Behandlung bei uns? Was ist Ihre Erwartung?**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_