

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen hilft uns, Sie und Ihr Beschwerdebild bereits vorab besser kennenzulernen und so Ihre Behandlung in unserer Klinik besser planen zu können. Die Informationen, die wir erhalten, werden selbstverständlich vertraulich behandelt, unsere Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht. Ihre Mitarbeit ist, wie auch die der Psychotherapie unverzichtbar. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen Sie das Anmeldeformular vollständig aus.

Vielen Dank

Name, Vorname, Geb.-Datum	
Telefonnummer privat: _____	Email: _____
Handynummer: _____	
Wohnadresse:	
Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> gesetzlich (Namen der Versicherung): _____	
<input type="checkbox"/> privat (Namen der Versicherung): _____	
<input type="checkbox"/> Basis <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> Einzelzimmer/Doppelzimmer	
<input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung: _____	
Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie des Betreuerausweises/Aufgabenbereich beifügen)
	<input type="checkbox"/> Nein
Ich war bereits bei Ihnen im Jahr _____	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär
Bitte geben Sie uns jeweils den Namen sowie die Telefonnummer Ihres einweisenden Arztes an (bevorzugt FA): _____	
Waren bzw. sind Sie derzeit wegen psychischer Beschwerden bereits in stationärer Behandlung (Aufenthalte in unserer Klinik müssen nicht mit angegeben werden.):	
Wurden bereits psychische Vorerkrankungen festgestellt? Ggf. bitte angeben:	
Haben Sie bereits einmal einen Suizidversuch unternommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann: _____	
In welcher Wohnform leben Sie? (Privatwohnung, Therapeutische Wohngemeinschaft, betreutes Wohnen, etc.):	
Wie ist Ihre aktuelle Arbeitssituation (Festanstellung, selbstständig, arbeitssuchend, arbeitsunfähig):	
Beziehen Sie eine Rente oder läuft ein Rentenverfahren? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte nähere Angaben	

Bitte geben Sie den Anlass für Ihre Anmeldung an:

Bestehen derzeit persönliche Probleme? (z.B. Schulden, Beziehungskrise, drohende Scheidung, o.ä.)

Wie wirken sich Ihre Beschwerden auf Ihr Leben aus (0= gar nicht; 10= extrem stark)?

- Arbeit, Beruf, Schule 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- Partnerschaft, Familie 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
- Freizeitgestaltung, soziale Kontakte 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Konsumverhalten

Trinken Sie regelmäßig Alkohol Nein Ja, was wieviel: _____
mehrere Alkoholische Getränke pro Woche über die letzten 4 Wochen

Nehmen Sie regelmäßig Benzodiazepine bzw. starke Schmerzmittel ein? Nein Ja, welche/wie viel pro Tag:
(Tavor, Alprazolam, Midazolam, Diazepam, Tramadol, Fentanyl, Tilidin)

Nehmen Sie derzeit regelmäßig illegale Substanzen zu sich? Nein Ja, welche/wie viel pro Tag:
(THC/Cannabis, Kokain, Heroin)

Leiden Sie an einer Ess-Störung? Nein Ja, bitte nähere Angaben: _____

Anderweitiges Konsumverhalten (z.B. Einkaufen, Medienkonsum, Glücksspiel, etc.): _____

Aktuelles Gewicht: _____ Körpergröße: _____

Leiden Sie an körperlichen Erkrankungen? Nein Ja, welche? _____

Haben Sie Allergien: _____

Besteht eine Geh- oder körperliche Einschränkung? Nein Ja, welche? _____

Benötigen Sie im Alltag Hilfsmittel? Nein Ja, welche? _____

Können Sie Treppen steigen? Nein Ja

Benötigen Sie eine CPAP-Maske? Nein Ja

Für den Fall, dass sie derzeit Medikamente einnehmen, geben Sie diese und die jeweilige Tagesdosis bitte an:

Terminwunsch für die Aufnahme (ab sofort/ab dem): _____

Die Aufnahme ist innerhalb von 24- 48 Stunden kurzfristig möglich (hierdurch ggf. kürzere Wartezeit): Ja

Um welchen Behandlungsschwerpunkt geht es (max. 2 ankreuzen)?

- ADHS
- Angststörung
- Borderline
- Burnout
- Depression
- Persönlichkeitsstörung
- Traumafolgestörung
- Schmerz und Somatisierungsstörung
- sonstiges: _____

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte an:

Aufnahmemanagement
kbo-Inn-Salzach Klinikum Wasserburg
Gabersee 7
83512 Wasserburg am Inn

Tel: 08071-71222
Fax: 08071-71223

Email: isk-aufnahme@kbo.de