

MERKBLATT „AUFNAHME IN DAS PRIVATINUM“

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst konkret. So können wir uns schon vor der Aufnahme auf Ihre speziellen Bedürfnisse einstellen und mögliche Schwerpunkte für Ihre Therapie vorsehen.

Persönliche Daten

Name: _____ E-Mail: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon Festnetz: _____ Telefon mobil: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Private Zusatzversicherung: nein ja, bei: _____

Rentenversicherung: nein ja, bei: _____

Einweisende(r) Arzt / Ärztin

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Hausarzt / Hausärztin

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Behandelnde(r) Psychotherapeut / in

Name: _____

Telefon: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

1. Liegt bereits eine Krankenhauseinweisung durch Ihren behandelnden Arzt vor?

2. Falls eine Kostenzusage Ihrer Krankenkasse notwendig ist: Haben Sie bereits Schritte zur Kostenübernahme unternommen? (Vorlage der Einweisung bei der Krankenkasse)

3. Wie (durch wen) haben Sie von unserer Klinik erfahren?

4. Sind Sie vertraut mit unserem Behandlungskonzept, insbesondere unseren besonderen therapeutischen Vereinbarungen? Sinn dieser Vereinbarungen ist es, die therapeutische, der seelischen Heilung dienende, Arbeit zu unterstützen. (Zu diesen Vereinbarungen zählt für die Dauer des stationären Aufenthaltes u. a. der Verzicht auf Alkohol.)

5. Können Sie sich vorstellen, mit diesen Vereinbarungen eine Therapie zu machen?

6. Wo erwarten Sie für sich die meisten Schwierigkeiten – welche der besonderen therapeutischen Vereinbarungen können Sie am wenigsten akzeptieren?

8. Sind Sie krankgeschrieben? Seit wann? Aus welchem Grund?

9. Haben Sie einen Antrag auf Rente/Teilrente gestellt?

10. Welche Medikamente nehmen Sie momentan? (Bitte vollständige Aufzählung) Menge? Seit wann? Von wem verschrieben?

11. Größe und Gewicht:

12. Beschreiben Sie Art und Menge des von Ihnen konsumierten Alkohols.

13. Rauchen Sie? (Wie viele Zigaretten o.ä. am Tag)

ja nein

Wenn ja: Sind Sie bereit, auf Nikotin ab Aufnahme im Rahmen unserer besonderen Therapeutischen Vereinbarungen zu verzichten?

14. Sehen Sie Probleme in Ihrem Essverhalten (z. B. Essanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten, Appetitzügler)? Bitte beschreiben Sie dieses.

15. Haben Sie schon einmal Drogen eingenommen? Welche? In welchem Zeitraum?
Welche Menge?

16. a) Haben Sie schon Selbstmordversuche unternommen? Wenn ja: Wann und auf welche Art?

16. b) Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken?

16. c) Haben Sie sich schon mehrfach absichtlich körperlich verletzt?

16. d) Fühlen Sie manchmal in sich die Gefahr, Gewalt gegen andere auszuüben?

16. d) Kam es in der Vergangenheit zur Anwendung von Gewalt gegen andere?

17. Waren Sie schon in psychotherapeutischer oder in psychiatrischer Behandlung?

Ambulant

von bis wegen _____

von bis wegen _____

Stationär

von bis..... wegen _____

Klinik _____

von bis wegen _____

Klinik _____

18. Welche Diagnosen wurden von bisherigen Ärzten/Therapeuten gestellt?

19. Wurde in der Vergangenheit die Diagnose einer Psychose gestellt?
(Schizophrenie, manische Psychose)

ja nein

20. Haben Sie sich momentan noch in einer anderen Klinik beworben?

ja nein

In

21. Haben Sie Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen? Wenn ja, mit welchen?

22. Liegen bei Ihnen behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen vor?

Datum, Ort

Unterschrift

O = Bitte ankreuzen, wenn zutreffend