
Name, Vorname

Anschrift

Datum

Einwilligung Fragebogen Psychosomatik

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Ihnen vorliegende Fragebogen dient unserem behandelnden Team der Karl-Jaspers-Klinik,
Ihre Beschwerden und Erwartungen an einen Klinikaufenthalt einzuschätzen.

Um Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen, werden wir gemeinsam mit Ihnen offene Fragen in einem persönlichen Vorgespräch besprechen. Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen so vollständig, wie es Ihnen möglich ist, zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Fragebogen erhobenen Daten zum Zweck meiner Behandlung in der Karl-Jaspers-Klinik gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen hieraus keine Nachteile.

Es besteht jederzeit die Möglichkeit, die Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung statt. Die Widerrufserklärung ist an die Karl-Jaspers-Klinik zu richten. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt zu dem er ausgesprochen wurde. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort und Datum

Unterschrift Patient:in

Geschäftsführer
Michael Poerschke

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Tobias Gerdesmeyer

gGmbH mit Sitz in Bad Zwischenahn
Amtsgericht Oldenburg, HRB 200576

Landessparkasse zu Oldenburg
BLZ 280 501 00
Konto 0000 340 000
IBAN DE29 2805 0100 0000 3400 00
BIC SLZODE22XXX

Telefon (04 41) 96 15-0
Telefax (04 41) 69 14 48

info@kjk.de
www.karl-jaspers-klinik.de

📧 kjk.de/podcast
📄 wirsindkjk

Institutionskennzeichen
260 340 170

Steuer-Nr.
69/202/04189



Angaben zu Behandelnden Ärzten und Therapeuten

Behandelnde Ärzte

Name des Einweisenden Arztes und Fachrichtung:
Straße, PLZ, Ort:
Telefon:

Name des Hausarztes (falls abweichend):
Straße, PLZ, Ort:
Telefon:
Name des Facharztes:
Fachrichtung: <input type="radio"/> Ärztin/Arzt für Orthopädie/Chirurgie <input type="radio"/> Ärztin/Arzt für <input type="radio"/> Ärztin/Arzt für Neurologie <input type="radio"/> Ärztin/Arzt für <input type="radio"/> Ärztin/Arzt für Gastroenterologie <input type="radio"/> Ärztin/Arzt für Schmerztherapie
Straße, PLZ, Ort:
Telefon:

Ambulant behandelnder Psychotherapeut

Befanden oder befinden Sie sich in ambulanter Psychotherapie?		
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Zeitraum seit/von	bis
Name des behandelnden Psychotherapeuten:		
Fachrichtung:		
Straße, PLZ, Ort:		
Telefon:		
Befanden oder befinden Sie sich in stationärer psychiatrischer/psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung?		
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Einrichtung: _____	Zeitraum: _____
	Einrichtung: _____	Zeitraum: _____
	Einrichtung: _____	Zeitraum: _____

Datenblatt für die Patientenverwaltung

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers		Geburtsort:
Straße, PLZ, Ort:		
Telefon:	Mobil:	Telefon dienstlich:
E-Mail-Adresse:		
Beruf:		
1. Benötigen Sie Heil- oder Hilfsmittel (z. B. CPAP-Gerät)? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?		
2. Benötigen Sie Hilfe oder einen Rollstuhl, um sich zu bewegen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
3. Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege und bei täglichen Verrichtungen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
4. Wurde bei Ihnen eine Pflegebedürftigkeit festgestellt? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welcher Pflegegrad? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5		

Angaben zur Krankenkasse

Name der Krankenkasse:	Versichertenstatus: <input type="radio"/> Mitglied <input type="radio"/> Rentner <input type="radio"/> Familienversichert <input type="radio"/> Sonstiges
Straße, PLZ, Ort:	
Versichertennummer:	

Angehörige/Betreuende

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Straße, PLZ, Ort:		
Telefon:		

Wie sind Sie auf die Klinik aufmerksam geworden? (Überweisung durch Facharzt, Hausarzt, Tipp von Bekannten, Selbsthilfegruppe, Homepage, usw.):



Momentane Lebenssituation

Familienstand: O ledig	O getrennt lebend O verheiratet	O geschieden O verwitwet
Wohnsituation: O alleinlebend	O mit anderen zusammen (Familie, Freunde)	Anzahl und Alter der Kinder:

Berufliche Situation

Erlerner Beruf:	Zuletzt ausgeübter Beruf:	
Arbeitsunfähig seit:	Arbeitslos seit:	Berentet seit:
Rentenantrag gestellt? O Nein O Ja, wann?		

Medizinische Angaben

<p>1. Aufgrund welcher Beschwerden (körperlich und seelisch) möchten Sie in der psychosomatischen Klinik behandelt werden?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche <input type="checkbox"/> starke innere Unruhe <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche <input type="checkbox"/> Einsamkeit </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Alpträume <input type="checkbox"/> niedergeschlagene Stimmung <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen <input type="checkbox"/> Zwänge <input type="checkbox"/> Übermäßiger Ehrgeiz <input type="checkbox"/> Unfähigkeit Freunde zu gewinnen <input type="checkbox"/> Verwirrung <input type="checkbox"/> Wutanfälle <input type="checkbox"/> übermäßiger Alkoholenuss <input type="checkbox"/> Drogeneinnahme <input type="checkbox"/> Einnahme von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> selbstverletzendes Verhalten <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken oder -pläne <input type="checkbox"/> Lebensüberdruß <input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu Arbeiten <input type="checkbox"/> körperliche Auseinandersetzungen <input type="checkbox"/> häufiger Wechsel der Arbeitsstelle <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> ständige Schmerzen <input type="checkbox"/> Schmerzen mit Diskrepanz zum organpathologischen Korrelat <input type="checkbox"/> Angst </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche <input type="checkbox"/> starke innere Unruhe <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche <input type="checkbox"/> Einsamkeit	<input type="checkbox"/> Alpträume <input type="checkbox"/> niedergeschlagene Stimmung <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen <input type="checkbox"/> Zwänge <input type="checkbox"/> Übermäßiger Ehrgeiz <input type="checkbox"/> Unfähigkeit Freunde zu gewinnen <input type="checkbox"/> Verwirrung <input type="checkbox"/> Wutanfälle <input type="checkbox"/> übermäßiger Alkoholenuss <input type="checkbox"/> Drogeneinnahme <input type="checkbox"/> Einnahme von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln	<input type="checkbox"/> selbstverletzendes Verhalten <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken oder -pläne <input type="checkbox"/> Lebensüberdruß <input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu Arbeiten <input type="checkbox"/> körperliche Auseinandersetzungen <input type="checkbox"/> häufiger Wechsel der Arbeitsstelle <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> ständige Schmerzen <input type="checkbox"/> Schmerzen mit Diskrepanz zum organpathologischen Korrelat <input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche <input type="checkbox"/> starke innere Unruhe <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche <input type="checkbox"/> Einsamkeit	<input type="checkbox"/> Alpträume <input type="checkbox"/> niedergeschlagene Stimmung <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen <input type="checkbox"/> Zwänge <input type="checkbox"/> Übermäßiger Ehrgeiz <input type="checkbox"/> Unfähigkeit Freunde zu gewinnen <input type="checkbox"/> Verwirrung <input type="checkbox"/> Wutanfälle <input type="checkbox"/> übermäßiger Alkoholenuss <input type="checkbox"/> Drogeneinnahme <input type="checkbox"/> Einnahme von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln	<input type="checkbox"/> selbstverletzendes Verhalten <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken oder -pläne <input type="checkbox"/> Lebensüberdruß <input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu Arbeiten <input type="checkbox"/> körperliche Auseinandersetzungen <input type="checkbox"/> häufiger Wechsel der Arbeitsstelle <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> ständige Schmerzen <input type="checkbox"/> Schmerzen mit Diskrepanz zum organpathologischen Korrelat <input type="checkbox"/> Angst	
Weitere Beschwerden:			
2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?			
3. Unter welcher Diagnose werden Sie von Ihrem Arzt behandelt?			
4. Welche weiteren Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?			
5. Wurde bei Ihnen schon einmal ein MRSA-Abstrich gemacht? O Nein O Ja, mit welchem Ergebnis?			
6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O Nein O Ja, welche und in welcher Dosierung?			

7. Nehmen Sie Medikamente bei Bedarf ein? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche, wie häufig und in welcher Dosierung?	
8. Nehmen Sie Medikamente ein, die kostenintensiv und/oder Genehmigungspflichtig sind? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche?	
9. Nehmen oder nahmen Sie Schlafmittel? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche, wie häufig und in welcher Dosierung?	
10. Rauchen Sie regelmäßig (Zigaretten/Tabak)? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wie viel?	
11. Haben Sie in den letzten 6 Monaten regelmäßig Alkohol getrunken? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, was und wie viel davon?	
12. Haben Sie jemals Drogen (z. B. Haschisch, Kokain, Ecstasy) genommen? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, was, in welcher Dosierung und wann zuletzt?	
13. Haben Sie sich schon einmal absichtlich verletzt? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, wie? Wann haben die Selbstverletzungen begonnen? wie oft? Wann haben Sie ggf. aufgehört?	
14. Haben Sie schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Öfter Wann?	
15. Ihre Größe beträgt: _____m	16. Ihr Gewicht beträgt? _____kg
17. Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr verändert, wenn ja wie?	
18. Glauben Sie, dass Ihr Essverhalten problematisch ist? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, inwieweit?	

Ergänzungen

Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint und bisher nicht genannt wurde?
Was gibt (oder gab) es, was Ihnen Kraft spendet und was Sie gerne machen?
Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrem Wunsch nach Behandlung in unserer Klinik?

Wahlleistungen

Bitte geben Sie im Folgenden an, ob Sie eine Wahlleistung in Anspruch nehmen möchten. Bitte beachten Sie, dass diese Leistungen zusätzlich zur allgemeinen Krankenhausleistung in Anspruch genommen werden können und gesondert berechnet werden.

Folgende Wahlleistungen stehen Ihnen zur Verfügung:

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| 1. Wahlleistung Unterkunft | Ein-Bett Zimmer |
| 2. Ärztliche Wahlleistung | Chefarztbehandlung |

Die Wahlleistungen können auch getrennt voneinander gewählt werden.

Bitte beachten Sie, dass eine Inanspruchnahme der Wahlleistung nur für den gesamten Aufenthalt erfolgen kann.

Beantworten Sie hierfür folgende Fragen.

1. Wünschen Sie die Inanspruchnahme von Wahlleistungen?	
<input type="radio"/> Ja (verbindlich)	<input type="radio"/> Nein
<small>(Sollten Sie „Nein“ angekreuzt haben, ist die Beantwortung der weiteren Fragen nicht erforderlich)</small>	
2. Wahlleistung abgedeckt durch:	
<input type="radio"/> Private Krankenversicherung <input type="radio"/> Zusatzversicherung <input type="radio"/> Selbstzahler (weiter bei Frage 5)	
3. Name der privaten Kranken-/Zusatzversicherung und Versichertennummer:	
4. Die private Kranken-/Zusatzversicherung übernimmt:	
Versicherungsleistung in %	Wahlleistung Chefarzt _____ % Wahlleistung Ein-Bett-Zimmer _____ %
5. Folgende Leistungen möchte ich in Anspruch nehmen:	
Wahlleistung Unterkunft:	
<input type="radio"/> Ein-Bett-Zimmer	139,61 Euro pro Berechnungstag
6. Ärztliche Wahlleistung „Chefarztbehandlung“	
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Bei weiteren Fragen bezüglich der Wahlleistungen steht Ihnen das Aufnahmeteam gerne unter folgender Telefonnummer zur Verfügung (0441-9615 1611).

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient