Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH
KARL-JASPERS-KLINIK
Universitätsmedizin Oldenburg

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 Widerruferklärung 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

Zertifikat seit 2012 audit berufundfamilie
Qualitätsmanagement DQS ISO 9001

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: O Ärztin/Arzt für Orthopädie/Chirurgie O Ärztin/Arzt für O Ärztin/Arzt für Neurologie O Ärztin/Arzt für O Ärztin/Arzt für Gastroenterologie O Ärztin/Arzt für Schmerztherapie
Straße, PLZ, Ort:
Telefon:

Ambulant behandelnder Psychotherapeut

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

Datenblatt für die Patientenverwaltung

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

Angaben zur Krankenkasse

Name der Krankenkasse:	Versichertenstatus: O Mitglied O Rentner O Familienversichert O 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

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

Medizinische Angaben

1. Aufgrund welcher Beschwerden (körperlich und seelisch) möchten Sie in der psychosomatischen Klinik behandelt werden?

O Schlaflosigkeit	O Alpträume	O selbstverletzendes Verhalten
O Müdigkeit	O niedergeschlagene Stimmung	O Selbstmordgedanken oder -pläne
O Zittern	O Gedächtnisstörungen	O Lebensüberdruss
O Appetitlosigkeit	O Zwänge	O Unfähigkeit zu Arbeiten
O Schwindelanfälle	O Übermäßiger Ehrgeiz	O körperliche Auseinandersetzungen
O Herzbeschwerden	O Unfähigkeit Freunde zu gewinnen	O häufiger Wechsel der Arbeitsstelle O
Schweißausbrüche	O Verwirrung	O Kopfschmerzen
O starke innere Unruhe	O Wutanfälle	O ständige Schmerzen
O Konzentrationsprobleme	O übermäßiger Alkoholgenuss	O Schmerzen mit Diskrepanz zum
O Ohrgeräusche	O Drogeneinnahme	organpathologischen Korrelat
O Einsamkeit	O Einnahme von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln	O 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? O Nein O Ja, welche, wie häufig und in welcher Dosierung?
8. Nehmen Sie Medikamente ein, die kostenintensiv und/oder Genehmigungspflichtig sind? O Nein O Ja, welche?
9. Nehmen oder nahmen Sie Schlafmittel? O Nein O Ja, welche, wie häufig und in welcher Dosierung?
10. Rauchen Sie regelmäßig (Zigaretten/Tabak)? O Nein O Ja, wie viel?
11. Haben Sie in den letzten 6 Monaten regelmäßig Alkohol getrunken? O Nein O Ja, was und wie viel davon?
12. Haben Sie jemals Drogen (z. B. Haschisch, Kokain, Ecstasy) genommen? O Nein O Ja, was, in welcher Dosierung und wann zuletzt?
13. Haben Sie sich schon einmal absichtlich verletzt? O Nein O Ja, wie? Wann haben die Selbstverletzungen begonnen? wie oft? Wann haben Sie ggf. aufgehört?
14. Haben Sie schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen? O Nein O Ja O 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? O Nein O 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?

O Ja (verbindlich) O Nein

(Sollten Sie „Nein“ angekreuzt haben, ist die Beantwortung der weiteren Fragen nicht erforderlich)

2. Wahlleistung abgedeckt durch:

O Private Krankenversicherung
O Zusatzversicherung
O 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:

O Ein-Bett-Zimmer 139,61 Euro pro Berechnungstag

6. Ärztliche Wahlleistung „Chefarztbehandlung“

O Ja O Nein

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

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient