
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

Angaben zu Behandelnden Ärzten und Therapeuten

Behandelnde Ärzte

Name des Einweisenden Arztes :		
Fachrichtung	<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt für Psychiatrie <input type="checkbox"/> Praktische/r Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt f. Kinder- u. Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt für Neurologie <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt für Innere Medizin <input type="checkbox"/> Diplom-Psychologe/-in <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt f. Psychotherapeut. Medizin
Straße, PLZ, Ort:		
Telefon:		
Handelt es sich bei dem einweisenden Arzt um Ihren Hausarzt?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nicht, dann geben Sie bitte im unteren Kasten die Daten Ihres Hausarztes an.		

Name des Hausarztes :		
Fachrichtung	<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt für Psychiatrie <input type="checkbox"/> Praktische/r Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt f. Kinder- u. Jugend-Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt für Neurologie <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt für Innere Medizin <input type="checkbox"/> Diplom-Psychologe/-in <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt f. Psychotherapeut. Medizin
Straße, PLZ, Ort:		
Telefon:		

Ambulant behandelnder Therapeut

Befanden oder befinden Sie sich in ambulanter Therapie?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Zeitraum seit/von _____ bis _____
Name des behandelnden Therapeuten:	
Fachrichtung:	
Straße, PLZ, Ort:	
Telefon:	

Sonstige Angaben

Befanden oder befinden Sie sich in stationärer psychiatrischer/psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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:
Straße, PLZ, Ort:	O Mitglied
Versichertennummer:	O Rentner
	O Familienversichert
	O sonstiges

Angehörige/Betreuer

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 zusammenlebend (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

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

<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/> Alpträume	<input type="checkbox"/> O selbstverletzendes Verhalten
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> O niedergeschlagene Stimmung	<input type="checkbox"/> O Selbstmordgedanken oder -pläne
<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> O Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/> O Lebensüberdruß
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> O Zwänge	<input type="checkbox"/> O Unfähigkeit zu arbeiten
<input type="checkbox"/> Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/> O Übermäßiger Ehrgeiz	<input type="checkbox"/> O körperliche Auseinandersetzungen
<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> O Unfähigkeit Freunde zu gewinnen	<input type="checkbox"/> O häufiger Wechsel der Arbeitsstelle
<input type="checkbox"/> Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/> O Verwirrung	<input type="checkbox"/> O Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> starke innere Unruhe	<input type="checkbox"/> O Wutanfälle	<input type="checkbox"/> O ständige Schmerzen
<input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/> O übermäßiger Alkoholgenuß	<input type="checkbox"/> O Schmerzen mit Diskrepanz zum organpathologischen Korrelat
<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/> O Drogeneinnahme	
<input type="checkbox"/> Einsamkeit	<input type="checkbox"/> O Einnahme von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln	
<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?

6. Wurde bei Ihnen schon einmal ein MRSA-Abstrich gemacht?
O Nein O Ja, mit welchem Ergebnis?





7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O Nein O Ja, welche und in welcher Dosierung?	
8. Nehmen Sie Medikamente bei Bedarf ein? O Nein O Ja, welche, wie häufig und in welcher Dosierung?	
9. Nehmen Sie Medikamente ein, die kostenintensiv und/oder Genehmigungspflichtig sind? O Nein O Ja, welche?	
10. Nehmen oder nahmen Sie Schlafmittel? O Nein O Ja, welche, wie häufig und in welcher Dosierung?	
11. Rauchen Sie regelmäßig? (Zigaretten/Tabak) O Nein O Ja, wie viel?	
12. Haben Sie in den letzten 6 Monaten regelmäßig Alkohol getrunken? O Nein O Ja, was und wie viel davon?	
13. Haben Sie jemals Drogen (z.B. Haschisch, Kokain, Ecstasy) genommen? O Nein O Ja, was, in welcher Dosierung und wann zuletzt?	
14. Haben Sie sich schon einmal absichtlich verletzt? O Nein O Ja, wie? wann haben die Selbstverletzungen begonnen? wie oft? warum haben Sie ggf. aufgehört?	
15. Haben Sie schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen? O Nein O Ja O Öfter Wann?	
16. Ihre Größe beträgt: _____ m	17. Ihr Gewicht beträgt: _____ kg
18. Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr verändert, wenn ja wie?	
19. 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 Sie gerne machen?
Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrem Wunsch nach einer Behandlung in unserer Klinik?





Wahlleistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 oder Zwei-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 1- Bett-Zimmer _____ % 2- Bett-Zimmer _____ %
5. Folgende Leistungen möchte ich in Anspruch nehmen: Wahlleistung Unterkunft:	
<input type="radio"/> Ein-Bett-Zimmer	124,44 Euro pro Berechnungstag
<input type="radio"/> Zwei-Bett-Zimmer	61,62 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

