



AUFNAHMEFRAGEBOGEN 2017

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

Für Arztbriefe, Entlassungsberichte, Informationen an Kollegen, Zwischenbescheide oder auch für die Behandlung bei uns, für die Krankenakte benötigen wir Grunddaten von Ihnen. **Bitte füllen Sie uns dieses Formular so vollständig wie möglich aus.** Sollten Sie mehr Raum als geplant dafür benötigen, nutzen Sie gerne die Rückseite oder fügen Sie Blätter an. Papier erhalten Sie in der Verwaltung.

AMBULANTE Behandlung **STATIONÄRE Behandlung**

Bitte immer ankreuzen – es kann sein, dass die Art der Behandlung wechselt.

Nur bei ambulant: Beginn der Behandlung:

Nur bei stationär: Aufenthalt von - bis:

Name: **Geburtsdatum:**

Wohnort:

Handynummer: **Email:**

(Diese Angaben sind wichtig, für Ihre Erreichbarkeit hier vor Ort)

Alter in Jahren: **Größe:** **Gewicht:**

Sind Sie Raucher?: nein ja wenn ja, wie viele am Tag?.....

Ihre Medikation bei Aufnahme: Bitte das Medikament / Stärke / Dosierung angeben.

.....
.....

Allergische Reaktionen und Unverträglichkeiten:

(bestehende Allergien, Unverträglichkeiten gegen Medikamente / Nahrungsmittel etc.):

.....
.....

Nehmen Sie Drogen?: ja nein

wenn ja, welche und wieviel davon in welchem Zeitraum?:

.....

Bestehende Abhängigkeiten (Alkohol, Drogen, Tabletten, sonstige):

.....



AUFNAHMEFRAGEBOGEN 2017

Ihr Lebenslauf (Eltern, Geschwister, Ihre aktuelle Lebenssituation, Ausbildung, berufliche Entwicklung, aktuelle Tätigkeit, persönliche wichtige Lebensereignisse) es reichen Stichworte.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ihre Beschwerden, die zur Aufnahme führten (Art der Beschwerden, Auftreten, Zeiten, Verlauf):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bisherige organische Erkrankungen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



AUFNAHMEFRAGEBOGEN 2017

Bisherige psychische Beschwerden:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Psychotische Erkrankungen in der Familie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vorherige Behandlungen Ihrer Beschwerden:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ihre Erwartungen, Hoffnungen, Wünsche an den Aufenthalt und die gemeinsame Arbeit:

.....
.....
.....
.....

Bitte geben Sie diesen Fragebogen ausgefüllt in der Verwaltung ab. Von dort erhalten Ihre behandelnden Therapeuten umgehend eine Kopie dieser Daten.



AUFNAHMEFRAGEBOGEN 2017

DATENBLATT ZU VERSICHERUNGSDATEN und ORGANISATION

Wenn Sie hier keine Eintragungen machen möchten, geht alles Notwendige direkt an Sie.

Name des Versicherten:

Name der Krankenversicherung:

Versicherungsnummer:

Anschrift

Kontakt: Telefon / Email:

Name der Beihilfestelle:.....

Personalnummer:

Anschrift

Kontakt: Telefon / Email:

Hausarzt:..... **Fachrichtung:**.....

Anschrift

Kontakt: Telefon / Email:

Ist Ihre Behandlung in unserem Haus von einem Kostenträger:

genehmigt? Krankenversicherung Nein Ja wenn ja, für wie lange?

.....

Beihilfe Nein Ja

abgelehnt? Krankenversicherung Nein Ja

Beihilfe Nein Ja

Begründung für die Ablehnung?

Bitte reichen Sie uns eine Kopie der Kostenübernahmezusage oder der Ablehnung des jeweiligen Kostenträgers zur Vervollständigung Ihrer Patientenakte ein.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, nur für medizinisch notwendige und im Zusammenhang mit Ihrem Aufenthalt stehenden Sachverhalte

genehmigt **abgelehnt**

Entbindung vom Datenschutz, nur für medizinisch notwendige und im Zusammenhang mit Ihrem Aufenthalt stehenden Sachverhalte

genehmigt **abgelehnt**

Es ist wichtig, durchgängige und individuelle Therapie durchzuführen. Externe Therapietermine können die Behandlungsziele stören. Um Ihre Behandlung an unserem Hause nicht zu stören, bitten wir Sie, externe therapeutische Anwendungen & Termine vorher mit den Therapeuten der Klinik Dr. Blohm zu besprechen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten