



Aufnahmedaten von _____
(Vor- und Nachname bitte auf jeder Seite eintragen!)

Angaben zur Person:

Name:	Vorname:	
PLZ, Wohnort:	Kreis:	Bundesland:
Straße:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsdatum:	Geburtsname:	
Telefon privat:	Telefon mobil:	
Telefon dienstlich:	Beruf:	
Email:		

- Benötigen Sie Heil- und Hilfsmittel?
 nein ja, welche? _____
- Unser Haus ist **nicht rollstuhlgerecht** ausgestattet.
Benötigen Sie Hilfe oder einen Rollstuhl, um sich zu bewegen?
 nein ja
- Benötigen Sie Hilfe, um ans Essen am Buffet zu gehen?
 nein ja
- Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege und bei täglichen Verrichtungen?
 nein ja

Angaben zur Krankenkasse:

Name der Krankenkasse:	Versichertenstatus:	
Straße:	<input type="checkbox"/> Mitglied	
PLZ/Ort:	<input type="checkbox"/> Rentner	
Versicherten-Nr.:	<input type="checkbox"/> Familienversicherter	
Name/Geburtsdatum des Hauptversicherten:		
Bei privater Krankenversicherung:		Sozialversicherungsnummer:
Versicherungsleistung in %	- Regelleistung _____ %	_____
	- Wahlleistung Chefarzt _____ %	
	- Wahlleistung 1-Bett-Zimmer _____ %	
	2-Bett-Zimmer _____ %	

Angehörige:

Name:	Vorname:
PLZ, Wohnort:	Straße:
Telefon privat:	Telefon mobil:

Aufnahmedaten von _____

(Vor- und Nachname bitte auf jeder Seite eintragen!)

VERTRAULICHE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN:

Behandelnde Ärzte:

Name des einweisenden Arztes:
(Aussteller der Einweisung bzw. des Reha-Antrages)

Fachrichtung Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin Praktische/r Ärztin/Arzt Ärztin/Arzt für Neurologie Ärztin/Arzt für Innere Medizin
 Ärztin/Arzt für Psychiatrie Ärztin/Arzt für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie Ärztin/Arzt für Psychotherapeut. Medizin/Psychoanalyse Diplom-Psychologe/-in Sonstige

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handelt es sich bei dem einweisenden Arzt um Ihren Hausarzt? ja nein

Wenn nicht, so geben Sie bitte d. Namen Ihres Hausarztes an:

Fachrichtung Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin Praktische/r Ärztin/Arzt Ärztin/Arzt für Neurologie Ärztin/Arzt für Innere Medizin
 Ärztin/Arzt für Psychiatrie Ärztin/Arzt für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie Ärztin/Arzt für Psychotherapeut. Medizin/Psychoanalyse Diplom-Psychologe/-in Sonstige

Anschrift: _____

Telefon: _____

Behandelnder Therapeut:

Name des derzeit beh. Therapeuten:

Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Sonstige Angaben:

Wurden Sie bereits in der Curtius Klinik behandelt?
 nein ja, im Jahr bzw. in den Jahren: _____

Befanden oder befinden Sie sich in ambulanter oder stationärer Psychosomatischer/Psychotherapeutischer Behandlung?

nein ja Einrichtung/Therapeut _____ Zeitraum _____

Medizinische Angaben:

(Bitte benutzen Sie für die Beantwortung der Fragen ggf. die Lineatur auf der folgenden Seite.)

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

2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

3. Unter welcher Diagnose werden Sie von Ihrem Arzt behandelt?

4. Nehmen Sie Medikamente zur Beruhigung ein?
 ja nein Wenn ja, welche u. in welcher Dosierung?

Aufnahmedaten von _____
(Vor- und Nachname bitte auf jeder Seite eintragen!)

5. a) Welche weiteren Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig in welcher Dosierung?

b) Welche Medikamente nehmen Sie bei Bedarf wie häufig und in welcher Dosierung?

6. Haben Sie in den letzten sechs Monaten regelmäßig Alkohol getrunken?
(Während der Behandlung in der Curtius Klinik ist der Konsum von Alkohol nicht gestattet!)

ja nein Wenn ja, was, wie viel?

7. Haben Sie jemals Drogen (z. B. Haschisch, Kokain, Ecstasy) genommen?
(Während der Behandlung in der Curtius Klinik ist der Konsum von Drogen nicht gestattet!)

ja nein Wenn ja, was, in welcher Dosierung und wann zuletzt?

8. Haben Sie sich schon einmal absichtlich verletzt?

ja nein Wenn ja, a) Wie? c) In welchem Jahr haben die Selbstverletzungen begonnen?
b) Wie oft? d) Wann haben Sie ggf. aufgehört?

9. Haben Sie schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen?

nein ja öfter wann?

10. Welche weiteren wesentlichen Erkrankungen sind bei Ihnen aufgetreten?

a) früher

b) Welche bestehen zurzeit?

11. Ihre Größe beträgt: _____ m

12. Ihr Gewicht beträgt: _____ kg

13. Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr verändert, wenn ja, wie?

14. Bestehen Allergien?

ja nein Wenn ja, welche?
Bei Lebensmittelunverträglichkeit bitte Kopie vom Allergiepass beifügen.

15. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig?

ja nein Wenn ja, seit wann?

16. Beziehen Sie Rente?

ja nein Wenn ja, seit wann?

17. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

ja nein

18. Befindet sich eine Ihnen nahe stehende und/oder für Sie wichtige Person momentan oder in absehbarer Zeit in unserer Klinik?

19. Was erwarten Sie von der Behandlung in unserer Klinik?

Aufnahmedaten von _____

(Vor- und Nachname bitte auf jeder Seite eintragen!)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Aufnahmedaten von _____

(Vor- und Nachname bitte auf jeder Seite eintragen!)

Abrechnung des vorstationären Gespräches

Voraussetzung für die stationäre Aufnahme ist, dass Patienten aus Schleswig-Holstein (wenn Sie gesetzlich versichert sind) zu einem vorstationären Gespräch in unsere Klinik eingeladen werden.

Die Kosten für das vorstationäre Gespräch trägt die gesetzliche Krankenkasse. Sollten Sie von der Abgabe dieses Aufnahmebogens bis zum vorstationären Gespräch Ihre Krankenkasse wechseln oder Ihr Versicherungsschutz ist entfallen, so bitten wir um umgehende Mitteilung.

Sind Sie zum Zeitpunkt des Gespräches nicht gesetzlich krankenversichert, so stellen wir Ihnen die Kosten des Gespräches in Rechnung.

Ort, Datum

Unterschrift