



Fragebogen zur stationären Aufnahme

Name, Vorname, Titel

Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort		
Geschlecht		weiblich	männlich	divers

Anschrift

Kreis/Bundesland

Telefon (Privat/Mobil/dienstlich)

Mailadresse

Beruf

Konfession: rk. ev. sonstige keine
(Die Angabe ist freiwillig.)

Wünschen Sie Kontakt zu einem Seelsorger? Ja Nein

Unser Haus ist **nicht barrierefrei**. Daher benötigen wir einige zusätzlich Informationen.

Benötigen Sie Heil- und/oder Hilfsmittel? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____
(z.B. CPAP-Gerät, Rollator etc.)

Wurde bei Ihnen eine Pflegebedürftigkeit festgestellt? Ja Nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad wurde anerkannt? 1 2 3 4 5

Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung vor? Ja Nein

Wenn ja, welcher Grad der Behinderung wurde anerkannt? _____ %
(Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen)

Angaben zur Krankenversicherung

Name der gesetzlichen Krankenkasse

bei Familienversicherung: Name, Vorname, Geb. Datum des Hauptversicherten

Private (Zusatz-) Versicherung (sh. Anlage 1 – Walleistungen)

Beihilfe in % Beihilfestelle

Angehörige

Name, Vorname

Anschrift

Telefon (Mobil/Privat/dienstlich)

Verwandtschaftsverhältnis

Angehörige

Name, Vorname

Anschrift

Telefon (Mobil/Privat/dienstlich)

Verwandtschaftsverhältnis

Betreuer/Bevollmächtigte

Name, Vorname

Anschrift

Telefon (Mobil/Privat/dienstlich)
(bitte Kopie des Betreuerausweises bzw. Bestellungsurkunde beifügen!)

Wenn Sie in einer Wohngruppe leben:

Ansprechperson

Telefonnummer

Ich bin in der Vergangenheit bereits Patient in der Curtius Klinik gewesen.

Ja

Nein

Verfügen Sie über einen vollständigen Corona-Impfschutz?

Ja

Nein

Wenn ja, Datum der letzten Impfung: _____

Datum der 3./4. Impfung (Booster): _____

Medizinische Informationen

Derzeit behandelnder Arzt:

Name, Vorname des einweisenden Arztes

Fachrichtung

Anschrift

Telefonnummer

Hausarzt (wenn abweichend):

Name, Vorname

Fachrichtung

Anschrift

Telefonnummer

Ambulant behandelnder Therapeut:

Befanden Sie sich innerhalb der letzten 2 Jahre oder befinden Sie sich aktuell in einer ambulanten Therapie? Ja Nein

Wenn ja, seit wann bzw. von – bis: _____
(Bitte Berichte beifügen!)

Name des Therapeuten

Fachrichtung

Anschrift

Telefon

Anzahl der bisherigen Sitzungen/Art der Therapie

Befanden Sie sich innerhalb der letzten 2 Jahre oder befinden Sie sich aktuell in teil- oder vollstationärer psychiatrischer/psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bitte Einrichtung/Therapeut angeben:

Seit/von – bis _____

Medizinische Angaben

Beschreiben Sie bitte kurz, aufgrund welcher körperlichen und/oder seelischen Beschwerden Sie sich in der Curtius Klinik behandeln lassen möchten.

Wann haben die Beschwerden begonnen?

Welche gesicherten Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen werden bei Ihnen behandelt?

Nehmen Sie bezüglich der o. g. Diagnosen psychopharmakologische Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja: Name, Dosis, seit wann: _____

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein? Bitte Name und Dosierung angeben.

Welche Medikamente nehmen Sie bei Bedarf ein? Bitte Häufigkeit und Dosierung angeben.

Haben Sie in den letzten 6 Monaten regelmäßig Alkohol getrunken? Ja Nein

(Während der Behandlung in der Curtius Klinik ist der Konsum von Alkohol nicht gestattet!)

Wenn ja: Was und wie viel? _____

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Drogen genommen? Ja Nein

(Während der Behandlung in der Curtius Klinik ist der Konsum von Drogen jeglicher Art nicht gestattet!)

Wenn ja: Was, in welcher Dosierung und wann zuletzt: _____

Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt? Ja Nein

Wenn ja: Wie und wie oft? _____

Wann haben Sie begonnen und wann ggf. aufgehört? _____

Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen? Ja Nein

Wenn ja: Wann fand der letzte Versuch statt? _____

Welche weiteren wesentlichen Erkrankungen/Operationen/Arbeitsunfälle sind bei Ihnen früher aufgetreten?

Welche bestehen zurzeit? Bei welchen Tätigkeiten fühlen Sie sich am meisten eingeschränkt?

Ihre Größe beträgt _____ cm.

Ihr Gewicht beträgt _____ kg.

Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr verändert?

Ja

Nein

Wenn ja, in welcher Weise?

Bestehen Allergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann?

(Bitte beachten Sie, dass nur ärztlich attestierte Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten bei der Essensbereitung in unserem Haus berücksichtigt werden können. Bitte Kopie beifügen!)

Rauchen Sie regelmäßig?

Ja

Nein

Wenn ja, was und wieviel?

Wurden Sie wegen einer körperlichen Erkrankung in den letzten 3 Monaten länger als 3 Tage stationär behandelt?

Ja

Nein

Wenn ja, in welcher Klinik?

Sind bei Ihnen in den nächsten 3 Monaten medizinische Behandlungen (z. B. CT, MRT) und/oder ambulante Eingriffe (z. B. Zahn-OP) geplant?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie chronische Wunden?

Ja

Nein

Wenn ja, wo?

Sind sie dialysepflichtig?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem Intervall?

Was möchten Sie konkret durch die Behandlung in unserer Klinik erreichen bzw. verändern?

Aufnahmeplanung:

Können Sie kurzfristig anreisen? Ja Nein
(Dadurch kann sich die Wartezeit deutlich verringern.)

Wenn ja, wie viele Tage Vorlauf benötigen Sie? _____

Die Aufnahme ist innerhalb von 24 Stunden möglich?

Die Aufnahme ist innerhalb von 2 – 3 Tagen möglich?

Ich willige ein, dass mir die Aufnahmeunterlagen bei kurzfristiger Aufnahme per Mail übersandt werden.

Ergänzen Sie bitte den Antrag um folgende Anlagen bei Bedarf.

Anlage 1 – Antrag auf Wahlleistungen

Datenschutzerklärung/Datenfreigabe

Hinweis:

Wir weisen darauf hin, dass die Anmeldung für unsere Klinik durch unser zentrales Patientenmanagement bearbeitet wird. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Daten vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden sowie getätigte Einwilligungen jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden können.

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich mit der Bearbeitung meiner Anmeldung durch das Patientenmanagement einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich die getätigte Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient (bei Minderjährigen von mindestens einem Sorgeberechtigten)

Unterschrift Betreuer/Bevollmächtigter

