



Fragebogen zur stationären Aufnahme

Name, Vorname, Titel

Geburtsdatum Geburtsname Geburtsort
Geschlecht weiblich männlich divers

Anschrift

Kreis/Bundesland

Telefon (Privat/Mobil/dienstlich)

Mailadresse

Beruf

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 – Wahlleistungen)

Beihilfe in % Beihilfestelle

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

Ja Nein

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?

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?

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 N 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

N Nein

Wenn ja, in welcher Weise?

Für Menschen, deren Beschwerden in engem Zusammenhang mit starkem Übergewicht stehen, gibt es die Möglichkeit (je nach Verfügbarkeit), an einem speziellen Adipositas-Konzept teilzunehmen. Dort werden die psychischen Faktoren, welche das Essverhalten stören und damit zum Übergewicht führen, bearbeitet.

Wären Sie daran interessiert?

Ja

Nein

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!)

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?

Betreuer/Bevollmächtigte

Name, Vorname

Anschrift

Telefon (Mobil/Privat/dienstlich)

(Bitte Kopie des Betreuerausweises bzw. Bestellungsurkunde beifügen!)

Wenn Sie in einer Wohngruppe leben:

Ansprechperson

Telefonnummer

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. Da eine Mail wie eine Postkarte zu verstehen ist und schon die Aufnahme in einer Klinik ein gesundheitsbezogenes Datum nach DSGVO darstellt, werden die Aufnahmeunterlagen mit einem Passwort versehen, das Ihnen telefonisch übermittelt wird.

Ergänzen Sie bitte den Antrag um folgende Anlagen bei Bedarf.

Anlage 1 – Antrag auf **Wahlleistungen**

Anlage 1 – Antrag auf Wahlleistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

grundsätzlich haben alle Patienten die Möglichkeit, unser Wahlleistungsangebot in Anspruch zu nehmen. Wahlleistungen sind Leistungen, die zusätzlich zur allgemeinen Krankenhausleistung (Regelleistung) vereinbart werden können. Sie werden gesondert berechnet.

Die Abrechnung von Wahlleistungen erfolgt entweder über ihre private Krankenversicherung, Zusatzversicherung oder direkt mit Ihnen als Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob ihre private Krankenversicherung, Zusatzversicherung oder die Beihilfe diese Kosten decken.

Wir bieten folgende Wahlleistungen an:

- Wahlleistung Unterkunft: Einbettzimmer oder Zweibettzimmer
- Ärztliche Wahlleistung: Chefarztbehandlung

Sie haben die Möglichkeit, diese Leistungen zusammenhängend oder getrennt voneinander zu wählen, d. h., Ihre Wahl eines Einbettzimmers oder Zweibettzimmers ist nicht an die Wahlleistung „Chefarzt“ gebunden und umgekehrt.

Beantworten Sie bitte folgende Fragen, damit wir den Aufenthalt nach Ihren Wünschen planen können.

Ich möchte verbindlich eine Wahlleistung in Anspruch nehmen: Ja Nein

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

Die Abrechnung erfolgt mit:

Private Krankenversicherung

Zusatzversicherung

Selbstzahler

Bei privater Krankenversicherung bzw. Zusatzversicherung bitte Kopie der Versichertenkarte, Klinikcard oder Tarifauszug aus dem Versicherungsschein beifügen.

Ich möchte folgende Wahlleistung Unterkunft in Anspruch nehmen:

Einbettzimmer **182,00 €** pro Berechnungstag

(Aufgrund medizinischer Erfordernisse kann es trotz ihres Wunsches nach einem 1-Bett-Zimmer notwendig sein, dass Sie in einem 2-Bett-Zimmer untergebracht werden.)

Zweibettzimmer **66,00 €** pro Berechnungstag

Ich möchte die Wahlleistung „Chefarztbehandlung“ in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass eine gesonderte Liquidation über die Abrechnung nach GOÄ erfolgt:

Ja

Nein

Ich bin versichert im

Standardtarif

Basistarif

Für Fragen zu den angebotenen Wahlleistungen stehen Ihnen Frau Blunk (04523 407-611) und Frau Sämer (04523 407-612) in der Zeit von 09.00 bis 11.00 Uhr gerne zur Verfügung.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter/Bevollmächtigter