

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.

Bitte fügen Sie Ihren aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplan bei!

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**

