



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

**Angaben zur Person:**

|  |  |             |
|--|--|-------------|
| Name:  | Vorname:   |             |
| PLZ, Wohnort:  | Kreis:   | Bundesland: |
| Straße:  | Geschlecht:<br><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |             |
| Geburtsdatum:  | Geburtsname:   |             |
| Telefon privat:  | Geburtsort:  |             |
| Telefon dienstlich:  | Telefon mobil:   |             |
| E-Mailadresse:   | Beruf:   |             |
| 1. Benötigen Sie Heil- und Hilfsmittel?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____  |  |             |
| 2. Unser Haus ist <b>nicht rollstuhlgerecht</b> ausgestattet.<br>Benötigen Sie Hilfe oder einen Rollstuhl, um sich zu bewegen?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____      |  |             |
| 3. Benötigen Sie Hilfe, um ans Essen am Buffet zu gehen?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____  |  |             |
| 4. Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege und bei täglichen Verrichtungen?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____  |  |             |
| 5. Wurde bei Ihnen ein Pflegebedürftigkeit festgestellt?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____  |  |             |
| 6. Wenn ja, welcher Pflegegrad wurde Ihnen zugeordnet?<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 _____ |  |             |

**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: _____ |

**Angehörige:**

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



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

## Wahlleistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

grundsätzlich haben alle Patienten die Möglichkeit, unser Wahlleistungsangebot zu nutzen. Wahlleistungen sind Leistungen, die außerhalb bzw. zusätzlich zur allgemeinen Krankenhausleistung (Regelleistung) genutzt 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 / Beihilfe etc. diese Kosten deckt.

Wir unterscheiden Wahlleistung nach:

1. Wahlleistung Unterkunft **Ein-Bett-Zimmer oder Zwei-Bett-Zimmer**  
2. Ärztliche Wahlleistung **„Chefarztbehandlung“**

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

**Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die Inanspruchnahme von Wahlleistungen nur für den gesamten Aufenthalt erfolgen kann.**

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

**1. Wahlleistung gewünscht:**

- ja (verbindlicher Leistungswunsch)  nein

(Wenn Sie „nein“ angekreuzt haben, ist die Beantwortung der weiteren Fragen nicht erforderlich, es bedarf dann nur einer Unterschrift auf diesem Formular)

**2. Abrechnung mit:**

- Private Krankenversicherung  
 Zusatzversicherung  
 Selbstzahler (Weiter bei Frage 5)

**3. Name der privaten Kranken-/ Zusatzversicherung:**

(bei privater Kranken-/ Zusatzversicherung bitte Kopie der Versicherungskarte – falls vorhanden – beifügen)

**4. Die private Kranken-/ Zusatzversicherung übernimmt:**

|                            |                              |         |
|----------------------------|------------------------------|---------|
| Versicherungsleistung in % | - Allg. Krankenhausleistung  | _____ % |
|                            | - Wahlleistung Chefarzt      | _____ % |
|                            | - Wahlleistung 1-Bett-Zimmer | _____ % |
|                            | 2-Bett-Zimmer                | _____ % |

**5. Folgende Leistungen möchte ich in Anspruch nehmen:**

**Wahlleistung Unterkunft:**

- Ein-Bett-Zimmer\* 65,18 € pro Berechnungstag  
 Zwei-Bett-Zimmer 36,13 € pro Berechnungstag

\*Aufgrund medizinischer Erfordernisse, kann es trotz Ihres Wunsches nach einem Ein-Bett-Zimmer notwendig sein, dass Sie in einem Zwei-Bett-Zimmer untergebracht werden.

**6. Ärztliche Wahlleistung „Chefarztbehandlung“**

Wahlleistung Arzt:  ja (gesonderte Liquidation/ Abrechnung nach GOÄ)  nein

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen Frau Blunk und Frau Sämer (04523/407-501) hierfür gern zur Verfügung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient



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: \_\_\_\_\_

**Ambulant behandelnder Therapeut:**

Befanden Sie sich oder befinden Sie sich in ambulanter Therapie?

nein  ja Zeitraum  
(seit / von ..... bis .....)

Name des 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 stationärer psychiatrischer/psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung?

nein  ja Einrichtung/Therapeut Zeitraum  
(seit / von ..... bis .....)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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

**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 wegen o. genannter Diagnose psychopharmakologische Medikamente ein?

ja  nein Wenn ja, welche u. in welcher Dosierung?

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. Rauchen Sie regelmäßig? (Zigaretten/ Tabak)

ja  nein Wenn ja, was, wie viel?

7. 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?

8. 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?

9. 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?

10. Haben Sie schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen?

nein  ja  öfter wann?

11. Welche weiteren wesentlichen Erkrankungen sind bei Ihnen aufgetreten?

a) früher

\_\_\_\_\_

b) Welche bestehen zurzeit?

\_\_\_\_\_

12. Ihre Größe beträgt: \_\_\_\_\_

m

13. Ihr Gewicht beträgt: \_\_\_\_\_

kg

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



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

15. Bestehen Allergien?  
 ja       nein      Wenn ja, seit wann?  
Bei Lebensmittelunverträglichkeit bitte Kopie vom Allergiepass beifügen.
16. Wurden Sie wegen einer körperlichen Erkrankung in den letzten 3 Monaten länger als 3 Tage stationär behandelt?  
 ja       nein
17. Haben Sie eine chronische Wunde?  
 ja       nein
18. Sind Sie dialysepflichtig?  
 ja       nein
19. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig geschrieben?  
 ja       nein      Wenn ja, seit wann?
20. Beziehen Sie Rente?  
 ja       nein      Wenn ja, seit wann?
21. Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt?  
 ja       nein
22. Haben Sie einen Reha-Antrag gestellt?  
 ja       nein      Wenn ja, wann?
23. Wurde diese Reha genehmigt? Wenn nein, bitte Grund der Ablehnung benennen. Bitte legen Sie eine Kopie der Ablehnung bei.  
 ja       nein
24. Wurde ein Widerspruch gestellt?  
 ja       nein      Wenn ja, wann?
25. Besteht eine gesetzliche Betreuung?  
 ja       nein      Wenn ja, für welchen Bereich? \_\_\_\_\_
26. Befindet sich eine Ihnen nahe stehende und/oder für Sie wichtige Person momentan oder in absehbarer Zeit in unserer Klinik?  
\_\_\_\_\_
27. Was erwarten Sie von der Behandlung in unserer Klinik?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient