



## 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 – Wahlleistungen)

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: \_\_\_\_\_

## 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?

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?  
(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?  
(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?

Wenn ja: Wie und wie oft? \_\_\_\_\_

Wann haben Sie begonnen und wann ggf. aufgehört? \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen?

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?

Wenn ja, was und wieviel?

---

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

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?

Wenn ja, welche?

---

Haben Sie chronische Wunden?

Wenn ja, wo?

---

Sind sie dialysepflichtig?

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**

### Anlage 2 – bei **Antrag auf Rehabilitation** bitte beifügen:

- Sozialdaten
- Reha-Therapieziel-Fragebogen
- Fragebogen „Würzburger Screening“, Version 2

## 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

## 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 Einbettzimmer oder Zweibettzimmer 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 **170,00 €** 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 **55,00 €** 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 (04523/407-525) und Frau Sämer (04523/407-343) in der Zeit von 09.00 bis 11.00 Uhr gerne zur Verfügung.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter/Bevollmächtigter