



KIRINUS

ALPENPARK KLINIK

Aufnahmeblatt

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte versenden Sie dieses Aufnahmeblatt per Post, Fax oder Mail an unten angegebene Adresse. Beachten Sie bitte auch, dass wir für die Festlegung des Therapieplatzes noch die sogenannte „Verordnung von Krankenhausbehandlung“, ausgestellt durch eine Fachärztin oder einen Facharzt der Bereiche Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie oder Nervenheilkunde und / oder Vorbefunde bzw. Atteste benötigen.

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ Mobil _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

Beruf _____ E-Mail-Adresse _____

Staatsangehörigkeit _____

Hausärztin oder Hausarzt _____

Einweisende Ärztin oder Arzt _____

Vertraute Person _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Zusatzversicherung _____ Versicherungsnummer _____

Ich kann ab _____ zur Behandlung kommen.

Bitte nicht ausfüllen – wird in der Klinik bearbeitet

Aufnahmeart

- normal
- aus anderem KH

Wiederholungspatient

- ja
- nein

Geschlecht

- weiblich
- männlich
- divers

Durchwahl

- ja
- nein

Fernseher

- ja
- nein

Aufnahmedatum _____ **Aufnahmezeit** _____ **Postfach** _____



KIRINUS

ALPENPARK KLINIK

Anmelde-Fragebogen

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

weiblich Mobil _____

männlich E-Mail-Adresse _____

divers

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

Welche körperlichen und / oder seelischen Beschwerden beeinträchtigen Sie wesentlich in ihrem derzeitigen Befinden?

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen? ja nein

Wenn ja: Wann fand der letzte Versuch statt (Monat / Jahr)? _____

Waren Sie jemals in stationärer psychosomatischer und / oder psychiatrischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, bitte machen Sie kurze Angaben dazu:

| Jahr | Einrichtung | Aufnahmegrund | Dauer (in Wochen) |
|------|-------------|---------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Wir bitten Sie, uns die jeweiligen Abschlussberichte zukommen zu lassen.

Sind Sie in ambulanter Psychotherapie? ja nein

Name des Therapeuten _____ Tel _____

Therapierichtung: Verhaltenstherapie Tiefenpsychologie / Analyse Andere

Wenn nein, Begründung: _____



KIRINUS

ALPENPARK KLINIK

Haben Sie im letzten halben Jahr psychotrope Substanzen (z.B. Cannabis, Kokain, Tranquilizer etc.) konsumiert? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Waren Sie schon einmal in einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung (Alkohol, Drogen, Medikamente) oder wurde Ihnen eine solche Behandlung empfohlen? ja nein

Haben Sie ein Handicap? ja nein

Wenn ja, welche Form? _____

Benötigen Sie medizinische oder andere Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, CPAP-Maske)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen? ja nein

Wenn ja, bitte genauerer Angaben _____

Leiden Sie unter einer aktuell behandlungsbedürftigen körperlichen Erkrankung (z.B. Asthma, Diabetes mellitus, chronische Infektionskrankheit, Neurodermitis, Arthrose etc.)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Um einschätzen zu können, ob und in welchem speziellen Setting ein stationärer Aufenthalt in unserem Haus für Sie zum aktuellen Zeitpunkt hilfreich werden kann, ist es für uns sinnvoll, mit Ihren aktuellen ambulanten Behandlern Kontakt aufzunehmen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass leitendes Personal der KIRINUS Alpenpark Klinik mit folgenden ambulanten Behandlern (Ärztinnen, Ärzten, Psychologinnen, Psychologen) Kontakt aufnehmen und sich gegenseitig über meine Symptomatik / Behandlung austauschen dürfen.

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht für:

Therapeut _____ Tel _____

Therapeut _____ Tel _____

Anmerkung: Die personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt. Sie werden dem zuständigen ärztlichen oder psychologischen Personal der KIRINUS Alpenpark Klinik GmbH zur Verfügung gestellt. Wir weisen darauf hin, dass die uns überlassenen Unterlagen im Falle einer Nicht-Aufnahme in die Klinik nicht zurückgesandt werden können, sondern vernichtet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mich ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter der KIRINUS Alpenpark Klinik GmbH per unverschlüsselter E-Mail kontaktieren, um Fragen zu meinem Aufnahmeblatt und meinen Befundunterlagen zu klären, die für meine Aufnahme in die KIRINUS Alpenpark Klinik relevant sind. Dabei werden auch meine Gesundheitsdaten übermittelt. Mir ist bekannt, dass unverschlüsselte E-Mails möglicherweise von Dritten gelesen werden können.

ja nein

Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

KIRINUS Alpenpark Klinik

Defreggerweg 2-6

83707 Bad Wiessee