

Bitte zurück an:

Ärztliche Leitung Chefarzt Dr. med. Ulrich Stattrop

Klinik St. Irmingard GmbH

Psychosomatische Abteilung

Osternacher Straße 103

83209 Prien am Chiemsee

Klinik St. Irmingard GmbH
Osternacher Straße 103
83209 Prien am Chiemsee
Deutschland

Dr.med. U. Stattrop

FA für Psychosomatische Medizin

Und Psychotherapie

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Facharzt für Neurologie

Chefarzt Allgemeine Psychosomatik

Tel. +49 (8051) 607-573

Fax +49 (8051) 607-775

sek.psychosomatik@st-irmingard.de

www.st-irmingard.de

ANMELDEBOGEN

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer privat

Telefonnummer tagsüber

Handynummer

E-Mail

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers	Versicherungsnummer
Gesetzliche Krankenkasse		
Private Krankenversicherung		
Beihilfestelle		
Kostenzusage liegt bereits vor von	<input type="checkbox"/> priv. Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfestelle / <input type="checkbox"/> Tagegeldversicherung	



Ich möchte folgende **Wahlleistungen** in Anspruch nehmen:

- Privatärztliche Behandlung** mit gesonderter Liquidation nach GOÄ

Datum und Unterschrift: X

- PRIMA ambiente: 38,00 Euro pro Tag** (Stand 12/2022)
1-Bett-Zimmer in der Regel zur Seeseite gelegen mit Balkon, freundliche Zimmerausstattung, hochwertige Hotelbettwäsche und -vorhänge, liebevoll ausgewählte Dekoartikel, Telefon-Flatrate ins In- und Ausland (auch ins Mobilnetz), Parkplatz kostenfrei, TV, CD- und DVD-Player (mit Gratis-Filmverleih), Internet (WLAN), Minibar (wird täglich kostenlos aufgefüllt), Badetücher und -mantel für Schwimmbad, Föhn.

Datum und Unterschrift: X

- PRIMA ambiente plus: 48,00 Euro pro Tag** (Stand 12/2022)
Alle PRIMA ambiente-Leistungen und zusätzlich:
Wahlweise Leihgeräte wie Nordic-Walking-Stöcke oder Fahrrad, Obstteller auf dem Zimmer, Tageszeitung nach Wahl.

Datum und Unterschrift: X

12 % Rabatt ab dem 1. Tag bei Buchung von PRIMA ambiente o. PRIMA ambiente plus von mindestens 5 Wochen.

- Ich möchte keine Wahlleistungen in Anspruch nehmen**

Datum und Unterschrift: X

Terminwunsch:

Ich könnte jederzeit kurzfristig (48 Std.) anreisen. ja nein

Ich benötige mindestens 1 – 2 Wochen Vorlaufzeit zur Aufnahme. ja nein

Eine Aufnahme im Haus Luitpold (inkl. gratis WLAN + TV, kostenfreier Parkplatz) ist möglich. (Die letztendliche Entscheidung hierüber obliegt einem unserer Oberärzte im Rahmen der medizinischen Indikationsprüfung). ja nein

KSL_KSL_081_V01_Anmeldebogen_PSM_061_218_Anmeldebogen_202003



Die Aufnahme kann erst ab dem _____ erfolgen.

Grund: _____

Eine Aufnahme über Pfingsten ist möglich ja nein

Eine Aufnahme über Weihnachten ist möglich ja nein

Wer sind Ihre behandelnden Ärzte?

a) Wer ist der **einweisende Arzt**? _____

b) **Hausarzt** (bitte Name, Adresse und Telefonnummer angeben):

seit: _____

c) **Nervenarzt/ Psychiater** (bitte Name, Adresse und Telefonnummer angeben):

seit: _____

d) **Psychotherapeut** (bitte Name, Adresse und Telefonnummer angeben):

Tiefenpsychologie **Verhaltenstherapie** **andere Verfahren** _____

seit: _____



Wie erfolgreich waren die bisherigen ambulanten Psychotherapien nach Ihrer Einschätzung?

Welche Stabilisierungstechniken / Skills haben Sie sich bereits angeeignet?

- sicherer Ort / Wohlfühlort Innere Helfer
 Inneres Kind beruhigen Notfallkoffer
 andere Techniken / Methoden der Selbstberuhigung , nämlich _____
 evtl. Anmerkungen zu den Skills _____

Gab es unter den Behandlungen eine Verschlechterung?

- nein ja

Wenn ja, wo sehen Sie hierfür die Gründe?

Angaben zu stationären Voraufenthalten

Bitte geben Sie stationäre **psychosomatische** oder **psychiatrische** einschl. **Sucht- und Entzugsbehandlungen** vollständig an: (Dauer, Einrichtung und Aufnahmegrund)

(Bitte veranlassen Sie die **Übersendung** der entsprechenden **Befundberichte** an uns)

Schweigepflichtsentbindung: Ich entbinde meine behandelnden Ärzte / Therapeuten sowie die Ärzte der Psychosomatischen Abteilung der Klinik St. Irmingard von der ärztlichen Schweigepflicht für behandlungsbezogene Nachfragen.

Datum und Unterschrift: X



Krankheitsentwicklung und Vorbehandlung

1. Schildern Sie bitte in Stichworten Ihre jetzigen psychischen Probleme oder Beschwerden und deren Entwicklung:

- a) Welche Beschwerden (Gefühle, Gedanken, körperliche Reaktionen) spielen bei Ihnen eine wichtige Rolle?

- b) Wie wirken sich Ihre Beschwerden im zwischenmenschlichen Bereich aus?

- c) Wie wirken sich diese Beschwerden auf Ihre private oder berufliche Alltagsbewältigung und auf den Bereich Selbstfürsorge aus?

2. Seit wann bestehen die jetzigen Probleme oder Beschwerden?

3. Haben Sie zurzeit eine akute oder chronische körperliche Erkrankung?

nein ja, nämlich _____ seit _____

_____ seit _____



4. Schildern Sie bitte in Stichworten ihre jetzigen körperlichen Probleme oder Beschwerden. Und wann diese erstmals aufgetreten sind.

5. Nehmen Sie zurzeit Medikamente gegen körperliche und/oder psychische Beschwerden ein?

nein

ja, nämlich

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

6. Ging den aktuellen psychischen und/oder körperlichen Beschwerden ein bestimmtes Lebensereignis voraus?

_____ im Jahr _____

7. Wie erklären Sie sich selbst Ihre Beschwerden?

KSI_KSI_081_V01_Anmeldebogen_PSM_061_218_Anmeldebogen_202003



8. Wann fühlten Sie sich zuletzt längere Zeit wohl?

von _____ bis _____

Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an diese Zeit denken?

9. Wer oder was hat bisher am besten gegen die jetzigen Beschwerden geholfen?

10. Hatten Sie früher schon mal ähnliche Probleme oder Beschwerden?

- in der Kindheit
- in der Jugend
- im Erwachsenenleben, wann _____

11. Wer oder was hat Ihnen damals geholfen?

12. Was gibt Ihnen Kraft und Halt in Ihrem Leben?

- Hobbys, nämlich welche? _____
- persönliche Stärken, nämlich welche? _____
- Spiritualität, z.B. in Form von _____
- andere Kraftquellen: _____
- Religion spielt eine starke Rolle, ich gehöre folgender Glaubensgemeinschaft an:



13. Haben Sie irgendwann einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?

nein ja, insgesamt _____mal

Jahr	Anlass	Art des Suizidversuchs
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

14. Haben Sie sich irgendwann in Ihrem Leben selbst verletzt?

nein ja, im Alter von _____bis _____Jahren

Häufigkeit im letzten Jahr	Anlass	Art der Selbstverletzung(en)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

15. Können Sie Ihre Gefühle nur schwer steuern und geraten deswegen öfter in Schwierigkeiten

(beruflich oder privat).

ja nein

Leiden Sie unter starken Stimmungsschwankungen

ja nein

Was sind die Anlässe hierfür und wie oft kommt dies vor

16. Nehmen Sie zurzeit Drogen?

nein zurzeit nein, jedoch früherer Drogenkonsum

ja, nämlich _____
wieviel? _____ wie oft? _____ seit wann? _____



17. Trinken Sie zurzeit Alkohol?

- nein gelegentlich in geringen Mengen
 ja, häufiger (fast) täglich

Was trinken Sie? _____ wieviel? _____

18. Nehmen Sie zurzeit Beruhigungsmittel ein (z.B. Tavor, Valium, ...)?

- nein gelegentlich in geringen Mengen
 ja, häufiger (fast) täglich

welche? _____ Dosierung _____

seit wann? _____

19. Bestehen körperliche Behinderungen bzw. Einschränkungen?

- nein
 ja

Wenn ja, welche?

Welche Hilfsmittel benötigen Sie hierfür? (z.B. Rollstuhl, Gehstock, CPAP-Maske)

Sind Sie bei Ihren Alltagsverrichtungen auf fremde Hilfe angewiesen?

- nein
 ja

Wenn ja, welche Hilfe benötigen Sie?

Liegt eine Hörminderung vor?

- nein
 ja

Wenn ja, ist diese Hörgeräteversorgt?

Hinweis: die Teilnahme an den Gruppentherapien erfordert ein ausreichendes Hörvermögen.



20. Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr aktuelles Gewicht an:

Größe _____ cm Gewicht: _____ kg

21. Bestehen herbeigeführtes Erbrechen, anfallweises Essen oder andere Maßnahmen zur Gewichtsregulation?

nein ja, nämlich: _____

22. Probleme bezogen auf die Ernährung / Kost in der Klinik:

Ich habe keine Unverträglichkeiten / Allergien bezogen auf Lebensmittel

Ich habe Unverträglichkeiten / Allergien, die bei meiner Verköstigung im Krankenhaus Berücksichtigung erfordern

Ggf. Angabe der Unverträglichkeiten / Allergien:

Bitte berücksichtigen Sie:

Eine Beratung im Rahmen der Diätassistenz ist nur bei Vorlage ärztl. Befunde zu Unverträglichkeiten möglich.

Informationen zur Verköstigung in der Klinik:

In unserer Klinik bieten wir Ihnen zur Auswahl die mediterrane Küche, leichte Vollkost und Schonkost an. Individuelle Zubereitung von Mahlzeiten aufgrund von Nahrungsmittelunverträglichkeiten ist nicht möglich. Individuelle Zubereitung von Mahlzeiten und vegane Ernährung ist leider nicht möglich.

Aus dem vorhandenen Angebot am Buffet (mit entsprechenden Hinweisen auf mögliche Unverträglichkeiten) können Sie i.d.R. selbständig eine Auswahl treffen.



Aktuelle Lebenssituation

1. Familienstand:

- ledig
- in fester Partnerschaft seit _____
- verheiratet seit _____
- getrennt lebend / geschieden seit _____
- verwitwet seit _____

2. Aktuelle Wohnsituation:

- allein in eigener Wohnung
- kein fester Wohnsitz
- in der Ursprungsfamilie
- Wohnsituation gefährdet z.B. durch Kündigung, Probleme m. Vermieter usw.
- mit Partner / Partnerin
- mit Kindern (welche?) _____

Gibt es besondere Belastungen bzgl. der Wohnsituation?

- nein Ja, nämlich
- _____

3. Finanzielle Situation:

Beziehen Sie Einkünfte aus:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> eigener Erwerbstätigkeit | <input type="checkbox"/> Ausbildungsförderung / Bafög |
| <input type="checkbox"/> Krankengeld seit _____ | <input type="checkbox"/> Altersrente |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I | <input type="checkbox"/> Soziale Grundsicherung |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II / Hartz IV | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeits-/ oder -minderungsrente seit _____ ggf. befristet bis _____ | |

Gibt es besondere Belastungen bzgl. der finanziellen Situation (z.B. Schulden, ...)?

- nein Ja, nämlich
- _____

4. Befinden Sie sich in laufenden Rechtsstreitigkeiten oder Gerichtsverfahren?

- nein
- ja



5. Gibt es eine gerichtliche Therapieauflage

- nein
 ja

Wenn ja, welche?

6. Aktuelle berufliche Situation:

- aktuell Tätigkeit im erlernten Beruf als _____
 andere Beschäftigung / Tätigkeit als _____
 in Ausbildung zum / zur _____
 arbeitslos seit _____
 Schwerbehindertenausweis GdB _____ %
 habe einen Rentenantrag gestellt oder beabsichtige, dies zu tun

7. Ggf. Krankschreibungen im Verlauf des letzten Jahres

- weniger als 1 Monat
 mehrfach längere AU, nämlich (Auflistung): _____

- nahezu das ganze Jahr oder länger, nämlich seit: _____

Gibt es ggf. Probleme oder Konflikte an Ihrem Arbeits- / Ausbildungsplatz?

- nein ja, folgende:

8. Welche Problembereiche sollen in Ihrer Behandlung Berücksichtigung finden?

- | | |
|---|--------------------------|
| Depressionen | <input type="checkbox"/> |
| Ängste / Panik | <input type="checkbox"/> |
| Ängste unter Menschen und oder in engen Räumen | <input type="checkbox"/> |
| Zwänge | <input type="checkbox"/> |
| Partnerschafts-/Beziehungsprobleme | <input type="checkbox"/> |
| berufliche Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> |
| Mobbing | <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit Wut / Ärger (Impulssteuerung) | <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit Anspannung / Stress | <input type="checkbox"/> |
| Andere erkennen meine besonderen Leistungen / Fähigkeiten nicht | <input type="checkbox"/> |

KSI_KSI_081_V01_Anmeldebogen_PSM_061_218_Anmeldebogen_202003





- Ich kann keine Gefühle zeigen
- Kritikfähigkeit
- Probleme mit Selbsthass / Versagen
- Finanzielle Schwierigkeiten
- Körperliche Beschwerden inkl. Schmerzen
- Sonstiges: _____

9. Bitte nennen Sie drei konkrete Ziele, die Sie durch die beantragte Behandlung erreichen möchten:

1. _____
2. _____
3. _____

Datum:

Unterschrift:

- **Bitte fügen Sie der Anmeldung folgende Unterlagen bei:**
 - ✓ **Alle relevanten psychischen und körperlichen Befunde**
 - ✓ **Eine Krankenseinweisung**
 - ✓ **Eine Kostenzusage ihrer privaten Krankenversicherung, sofern Sie privat krankenversichert sind ggf. der Beihilfestelle oder Zusatzversicherung**
 - ✓ **Einen aktuellen ärztlich / psychotherapeutischen Befundbericht**
 - ✓ **Bitte vergessen Sie nicht die Unterschrift auf Seite 2, 4 + 13**

Bitte beachten Sie, dass eine Bearbeitung nur nach Eingang der kompletten Unterlagen erfolgen kann.

