

**Bitte vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist!**

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Klinik für Anthroposophische Medizin

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kladower Damm 221, 14089 Berlin, Telefon: 030/365 01-1150, Fax: 030/365 01-600

**Fragebogen bitte vollständig ausfüllen und aus Datenschutzgründen per Post zurückschicken an:**

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe gGmbH  
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Leitende Ärztin Dr. med. M. Quetz  
Kladower Damm 221  
14089 Berlin

Aufnahme stationär 030/ 365 01 – 1152  
Mo.Di, Fr 10 – 12 Uhr  
Do. 12 – 14 Uhr

Aufnahme teilstationär 030/ 36501 – 341  
Di., Mi., Do., Fr.  
10 – 12 Uhr

Fax: 030/ 365 01 – 680

E-Mail: AufnahmePsychosomatik@havelhoehe.de

**Behandlungswunsch (bitte nur eins ankreuzen):**

- stationäre Behandlung
- teilstationäre Behandlung (Tagesklinik)



**Der Fragebogen dient der Entscheidung über die Möglichkeit einer Aufnahme.**

**!! Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Er wird von unseren Fachärzten nur bearbeitet, wenn er vollständig ausgefüllt ist !!**

**Wir werden uns mit Ihnen in Verbindung setzen und Sie darüber informieren, ob eine Aufnahme bei uns möglich ist.**

**Datenschutz:** Ihre personenbezogenen Daten werden zweckgebunden im Rahmen der Beurteilung und Aufnahmeentscheidung erhoben. Die Angabe der Daten erfolgt freiwillig. Allerdings werden diese Angaben dringend für eine fachliche Einschätzung und Behandlung benötigt. Die mindestens erforderlichen Daten sind entsprechend markiert. Damit wir Ihre Anfrage schnellstmöglich bearbeiten können, bitten wir um vollständige Angaben, vor allem um Ihre Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse.

**Bitte beachten Sie die Hinweise auf dem beiliegenden Merkblatt.**

Vor- und Zuname\*: .....  
Geb.-Datum\*: .....  
Straße\*: .....  
PLZ / Ort\*: .....  
Telefon / Mobil: .....  
Email: .....



Gesetzliche Krankenversicherung .....

Private Krankenversicherung .....

Private Zusatzversicherung. ....

- Chefarztbehandlung     1-Bett-Versicherung     2-Bett-Versicherung     Keine

**Bitte vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist!**

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Klinik für Anthroposophische Medizin

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kladower Damm 221, 14089 Berlin, Telefon: 030/365 01-1150, Fax: 030/365 01-600

**Aktuelle Beschwerden:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Es ist notwendig, dass Sie vorab alle körperlichen Beschwerden durch Ihren Hausarzt oder Internisten abklären lassen!**

Was wurde an Untersuchungen durchgeführt? Was sind die Ergebnisse?

Bitte schildern Sie kurz Ihren Krankheitsverlauf und Ihre frühere Krankengeschichte:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**für eine fachliche Einschätzung und Behandlung erforderlich \***

**Krankengeschichte \***

Ich war schon einmal stationär in einer Klinik für Psychosomatische Medizin, Klinik für Psychiatrie oder einer anderen Klinik. **Bitte dringend die Entlassbriefe diesem Schreiben beifügen! Sie bekommen diese von Ihrem Hausarzt.**

Name der Klinik/

Abteilung für .....

Anlass .....

von ..... bis.....

Name der Klinik/

Abteilung für .....

Anlass .....

von ..... bis.....

Körpergröße cm:

Körpergewicht kg:

**Bitte vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist!**

**Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe**

Klinik für Anthroposophische Medizin

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kladower Damm 221, 14089 Berlin, Telefon: 030/365 01-1150, Fax: 030/365 01-600

Medikamente:  NEIN  Ja Wenn Ja, welche?

Nikotin  NEIN  JA Wenn Ja, wie viel?.....

Alkohol  NEIN  JA Wenn Ja, wie viel, was und wann?.....

Drogen  NEIN  JA Wenn Ja, wie viel, was und wann?.....

Ich bin in hausärztlicher Behandlung  JA  NEIN

Ich bin in ambulanter psychosomatischer Behandlung  JA  NEIN

Ich bin in ambulanter psychiatrischer Behandlung  JA  NEIN

Ich bin in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung  JA  NEIN

Ich bin krank geschrieben seit  
.....

Ich habe derzeit ein laufendes Rentenverfahren?  NEIN  JA Wenn Ja, Welches?  
.....

**Befürwortung und Gründe sowie Unterschrift und Stempel für die stationär-  
psychosomatische Behandlung durch Ihren/Ihrer Psychosomatiker/in / Psychiater/in /  
Psychotherapeut/in:**

**Unterschrift und Stempel Hausärztin/Hausarzt:**

**Bitte vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist!**

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Klinik für Anthroposophische Medizin

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kladower Damm 221, 14089 Berlin, Telefon: 030/365 01-1150, Fax: 030/365 01-600

Anmerkung: Eine Zahnarztbehandlung während der stationären Behandlung ist nicht möglich!

**Bitte konsultieren Sie Ihren Zahnarzt vor der stationären Aufnahme!**

**Datum:**

**Unterschrift Patient:**