

Bitte vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist!

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Klinik für Anthroposophische Medizin

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe gGmbH

Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Leitende Ärztin Silke Biesenthal-Matthes

Kladower Damm 221

14089 Berlin

Aufnahme 030/ 365 01 – 1152

stationär Mo 11- 13 Uhr

Di, Do 10 – 12 Uhr

Fr 13 – 15 Uhr

Aufnahme 030/ 36501 – 341

teilstationär Di, Mi, Fr 9 – 11 Uhr

Fax: 030/ 365 01 – 680

E-Mail: AufnahmePsychosomatik@
havelhoehe.de

Behandlungswunsch (bitte nur eines 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 FachärztInnen 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*:

Geschlecht: ☐ weiblich

☐ männlich

☐ divers:

Straße*:

PLZ / Ort*:

Dauer Anfahrtsweg:

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

Aktuelle Beschwerden:

.....

.....

.....

.....

Es ist notwendig, dass Sie vorab alle körperlichen Beschwerden durch Ihre Hausärztin / Ihrem Hausarzt oder Ihre Internistin / Ihrem Internist abklären lassen!

Was wurde an Untersuchungen durchgeführt? Was sind die Ergebnisse?

Bitte schildern Sie kurz Ihren Krankheitsverlauf und Ihre frühere Krankengeschichte und **fügen die schriftlichen Untersuchungsergebnisse dem Fragebogen hinzu.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Medikamente: ☐ NEIN ☐ Ja Wenn Ja, welche?

.....

.....

.....

Nikotin ☐ NEIN ☐ JA Wenn Ja, wieviel?.....

Alkohol ☐ NEIN ☐ JA Wenn Ja, wieviel, was und wann?.....

Drogen ☐ NEIN ☐ JA Wenn Ja, wieviel, was und wann?.....
auch THC

Haben Sie Essanfälle? ☐ JA ☐ NEIN

Essen Sie kontinuierlich den ganzen Tag? ☐ JA ☐ NEIN

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?

Bitte vollständig ausfüllen, da sonst keine Bearbeitung möglich ist!

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Klinik für Anthroposophische Medizin

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Befürwortung und Gründe sowie Unterschrift und Stempel für die teilstationäre / stationäre psychosomatische Behandlung durch Ihre/n Psychosomatiker*in / Psychiater*in / Psychotherapeut*in:

Unterschrift und Stempel Hausärztin / Hausarzt:

Anmerkung: Eine Zahnarztbehandlung während der stationären Behandlung ist nicht möglich!
Bitte konsultieren Sie Ihren Zahnarzt/ärztin vor der stationären Aufnahme!

.....
Datum:

Unterschrift Patient*in: