

**Fragebogen bitte aus Datenschutzgründen per Post zurückschicken an:**

**Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe gGmbH**

Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Leitende Ärztin Silke Biesenthal-Matthes  
Kladower Damm 221  
14089 Berlin

Aufnahme stationär 030/ 365 01 – 1152  
Mo 11 - 13 Uhr  
Di, Do, Fr 10 – 12 Uhr

Aufnahme teilstationär 030/ 36501 – 341  
Di, Mi, Fr 9 – 11 Uhr

Fax: 030/ 365 01 – 680

E-Mail: AufnahmePsychosomatik@  
havelhoehe.de

**Angefragte Behandlung (bitte nur eines ankreuzen):**

- stationäre Behandlung  
 teilstationäre Behandlung (Tagesklinik)

Der Fragebogen dient der Entscheidung über die Möglichkeit einer Aufnahme. Es ist deswegen wichtig, dass Sie den Fragebogen sorgfältig und **eigenständig** ausfüllen. Lediglich die Felder auf der letzten Seite sollten von Ihren ambulanten BehandlerInnen ausgefüllt werden.

**Bitte beachten Sie, dass der Fragebogen nur bearbeitet werden kann, wenn er vollständig ausgefüllt ist und wenn die Arztbriefe eventuell vorangegangener Klinikaufenthalte beigefügt sind.**

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

**Aktuelle Beschwerden:**

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

**Es ist notwendig, dass Sie vorab alle körperlichen Beschwerden hausärztlich oder internistisch abklären lassen!**

Was wurde an Untersuchungen durchgeführt? Was sind die Ergebnisse?

Bitte schildern Sie kurz Ihren Krankheitsverlauf und Ihre frühere Krankengeschichte:

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

**Bitte fügen Sie die schriftlichen Untersuchungsergebnisse dem Fragebogen hinzu.**

**Krankenhausvorbehandlungen:**

Ich war schon einmal stationär in einer Klinik für Psychosomatische Medizin, Klinik für Psychiatrie oder einer anderen Klinik.

Name der Klinik/  
Abteilung für .....

Anlass .....

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

Name der Klinik/  
Abteilung für .....

Anlass .....

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

Ggf.: weitere Klinikaufenthalte:

**Bitte dringend alle Entlassbriefe vollständig beifügen! Ohne die Vorbriefe wird keine Prüfung der Aufnahme erfolgen.**

Arztbriefe anbei  JA

---

Körpergröße cm:

Körpergewicht kg:

Medikamente:  NEIN  Ja Wenn Ja, welche und wieviel?

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

Nikotin  NEIN  JA

Alkohol  NEIN  JA

wenn Ja, bitte ankreuzen und genaue Menge angeben:

- täglich
- 1-2mal/ Woche
- seltener

was und wieviel:.....

wann zuletzt: .....

Cannabis  NEIN  JA

THC/  
CBD

wenn Ja, bitte ankreuzen und genaue Menge angeben:

- täglich
- 1-2mal/ Woche
- seltener

was und wieviel:.....

wann zuletzt: .....

Drogen  NEIN  JA

wenn Ja, bitte ankreuzen und genaue Menge angeben:

- täglich
- 1-2mal/ Woche
- seltener

was und wieviel:.....

wann zuletzt: .....

Haben Sie Essanfälle?  JA  NEIN

Nutzen Sie gewichtsreduzierende Maßnahmen  
(z.B. Medikamente, Erbrechen), wenn ja, welche:  JA  NEIN

.....

Haben Sie Nahrungsmittelunvertraglichkeiten  JA  NEIN

Wenn ja, welche.....

➤ Bitte beachten Sie, dass wir nur bei *ärztlich nachgewiesenen Unverträglichkeiten die Ernährung dementsprechend anpassen*

➤ Bitte beachten Sie, dass Sie sich *im Falle einer Essstorungsbehandlung **nicht rein vegan** ernähren können.*

Ich bin in hausartzlicher Behandlung  JA  NEIN

Ich bin in ambulanter psychiatrischer Behandlung  JA  NEIN

Ich bin in ambulanter psychosomatischer  
Behandlung  JA  NEIN

Ich bin aktuell in ambulanter  
psychotherapeutischer Behandlung  JA  NEIN

Ich bin krank geschrieben  JA seit .....  NEIN

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

**Befürwortung und Gründe für die teilstationäre / stationäre psychosomatische Akutbehandlung durch Ihre/n Psychosomatiker\*in / Psychiater\*in / Psychotherapeut\*in:**

*Besuchen Sie hierfür falls nicht vorhanden eine dementsprechende Sprechstunde*

Diagnosen (ICD-10): .....

Indikation für psychosomatische Akutbehandlung:

Unterschrift und Stempel

**Unterschrift und Stempel Hausärztin / Hausarzt:**

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

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

**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. 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.**

Datum: .....

Unterschrift Patient\*in:.....