

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

Telefonische Sprechzeiten

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: Alter:

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 Nahrungsmittelunverträglichkeiten 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
Essstörungsbehandlung **nicht rein
vegan** ernähren können.

Ich bin in hausärztlicher 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:.....