

Name, Vorname:

Anschrift:

Datum:

Einwilligung Fragebogen Psychosomatik

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Ihnen vorliegende Fragebogen dient unserem behandelnden Team der Karl-Jaspers-Klinik, Ihre Beschwerden und Erwartungen an einen Klinikaufenthalt einzuschätzen.

Um Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen, werden wir gemeinsam mit Ihnen offene Fragen in einem persönlichen Vorgespräch besprechen. Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen so vollständig, wie es Ihnen möglich ist, zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Fragebogen erhobenen Daten zum Zweck meiner Behandlung in der Karl-Jaspers-Klinik gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen hieraus keine Nachteile.

Es besteht jederzeit die Möglichkeit, die Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung statt. Die Widerrufserklärung ist an die Karl-Jaspers-Klinik zu richten. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt zu dem er ausgesprochen wurde. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort und Datum

Unterschrift Patient





Datenblatt für die Patientenverwaltung

Name:		Vorname:		Geb.-Datum:	
Geschlecht: O weiblich		O männlich		O divers	
Geburtsort:					
Straße, PLZ, Ort:					
Telefon:		Mobil:		Telefon dienstlich:	
E-Mail-Adresse:					
Beruf:					
1. Benötigen Sie Heil- oder Hilfsmittel (z. B. CPAP-Gerät)? O nein O ja, welche?					
2. Benötigen Sie Hilfe oder einen Rollstuhl, um sich zu bewegen? O nein O ja					
3. Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege und bei täglichen Verrichtungen? O nein O ja					
4. Wurde bei Ihnen eine Pflegebedürftigkeit festgestellt? O nein O ja, welcher Pflegegrad? O 1 O 2 O 3 O 4 O 5					

Angaben zur Krankenkasse

Name der Krankenkasse:	Versichertenstatus: O Mitglied O Rentner O Familienversichert O Sonstiges
Straße, PLZ, Ort:	
Versichertennummer:	

Angehörige/Betreuer

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Straße, PLZ, Ort:		
Telefon:		

Wie sind Sie auf die Klinik aufmerksam geworden? (Überweisung durch Facharzt, Hausarzt, Tipp von Bekannten, Selbsthilfegruppe, Homepage, usw.):





--

Momentane Lebenssituation

Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Wohnsituation: <input type="checkbox"/> alleinlebend	<input type="checkbox"/> mit anderen zusammen (Familie, Freunde)	Anzahl und Alter der Kinder:

Berufliche Situation

Erlerner Beruf:	Zuletzt ausgeübter Beruf:	
Arbeitsunfähig seit:	Arbeitslos seit:	Berentet seit:
Rentenantrag gestellt?		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann?		

Medizinische Angaben

1. Aufgrund welcher Beschwerden (körperlich und seelisch) möchten Sie in der psychosomatischen Klinik behandelt werden?

<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/> Alpträume	<input type="checkbox"/> selbstverletzendes Verhalten
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> niedergeschlagene Stimmung	<input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken oder -pläne
<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/> Lebensüberdruß
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Zwänge	<input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu Arbeiten
<input type="checkbox"/> Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/> Übermäßiger Ehrgeiz	<input type="checkbox"/> körperliche Auseinandersetzungen
<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> Unfähigkeit Freunde zu gewinnen	<input type="checkbox"/> häufiger Wechsel der Arbeitsstelle
<input type="checkbox"/> Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/> Verwirrung	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> starke innere Unruhe	<input type="checkbox"/> Wutanfälle	<input type="checkbox"/> ständige Schmerzen
<input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/> übermäßiger Alkoholgenuß	<input type="checkbox"/> Schmerzen mit Diskrepanz zum organpathologischen Korrelat
<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/> Drogeneinnahme	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Einsamkeit	<input type="checkbox"/> Einnahme von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln	

Weitere Beschwerden:

2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

3. Unter welcher Diagnose werden Sie von Ihrem Arzt behandelt?

4. Welche weiteren Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

5. Wurde bei Ihnen schon einmal ein MRSA-Abstrich gemacht?

Nein Ja, mit welchem Ergebnis?

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?



Wahlleistungen

Bitte geben Sie im Folgenden an, ob Sie eine Wahlleistung in Anspruch nehmen möchten. Bitte beachten Sie, dass diese Leistungen zusätzlich zur allgemeinen Krankenhausleistung in Anspruch genommen werden können und gesondert berechnet werden.

Folgende Wahlleistungen stehen Ihnen zur Verfügung:

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| 1. Wahlleistung Unterkunft | Ein-Bett Zimmer |
| 2. Ärztliche Wahlleistung | Chefarztbehandlung |

Die Wahlleistungen können auch getrennt voneinander gewählt werden.

Bitte beachten Sie, dass eine Inanspruchnahme der Wahlleistung nur für den gesamten Aufenthalt erfolgen kann.

Beantworten Sie hierfür folgende Fragen.

1. Wünschen Sie die Inanspruchnahme von Wahlleistungen?	
<input type="radio"/> Ja (verbindlich)	<input type="radio"/> Nein
<small>(Sollten Sie „Nein“ angekreuzt haben, ist die Beantwortung der weiteren Fragen nicht erforderlich)</small>	
2. Wahlleistung abgedeckt durch:	
<input type="radio"/> Private Krankenversicherung <input type="radio"/> Zusatzversicherung <input type="radio"/> Selbstzahler (weiter bei Frage 5)	
3. Name der privaten Kranken-/Zusatzversicherung und Versichertennummer:	
4. Die private Kranken-/Zusatzversicherung übernimmt:	
Versicherungsleistung in %	Wahlleistung Chefarzt _____ % Wahlleistung Ein-Bett-Zimmer _____ %
5. Folgende Leistungen möchte ich in Anspruch nehmen:	
Wahlleistung Unterkunft:	
<input type="radio"/> Ein-Bett-Zimmer	131,51 Euro pro Berechnungstag
6. Ärztliche Wahlleistung „Chefarztbehandlung“	
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Bei weiteren Fragen bezüglich der Wahlleistungen steht Ihnen das Aufnahmeteam gerne unter folgender Telefonnummer zur Verfügung (0441-9615 1611).

Ort, Datum

Unterschrift Patient