

Persönliche Angaben:

Titel/Familiennamen:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Tel./Handy:	
E-Mail:		Fax:	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Beruf:		Familienstand:	
Nationalität:		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Versichert bei: (Krankenkasse)		Vers.-Nr.:	
Adresse der Krankenkasse:			
Mitversichert bei Partner*in/Eltern etc.:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei		
Wurden Sie bereits in unserem Klinikum behandelt?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, schon _____ Mal	

Nächste*r Angehörige*r bzw. Vertrauensperson (ggf. gesetzliche*r Betreuer*in):

(wird bei Nichterreichen zwecks Terminvereinbarung und nötigen Nachfragen kontaktiert)

Name:		Status: (z.B. Ehegatte)	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Tel.:		Fax:	

Einweisende*r Facharzt/Fachärztin: (Arzt/Ärztin, der/die Ihren Einweisungsschein ausstellt)

Titel/Familiennamen:		Vorname:	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Tel.:		Fax:	

Hausarzt/Hausärztin:

Titel/Nachname:		Vorname:	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Tel.:		Fax:	

Kurzfristige Aufnahme möglich: (ggf. Anreise innerhalb von 1-3 Tagen) ja nein

Dürfen wir Sie telefonisch informieren, falls ein früherer Aufnahmetermin möglich ist? ja nein

Bei Eltern-Kind: Ich reise mit _____ Kindern an.

Name:	Geburtsdatum:
Name:	Geburtsdatum:

Name:	Geburtsdatum:
--------------	----------------------

Sprachkenntnisse	
Muttersprache:	
Meine Deutschkenntnisse sind:	<input type="checkbox"/> Muttersprache <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> ich spreche kein Deutsch
Ich spreche folgende Sprachen auf einem guten Niveau:	
Bitte beachten Sie: Die angebotenen Therapieangebote und –gruppen finden in deutscher Sprache statt. Bei ausgewählten Sprachen kann es möglich sein, dass Sie die Einzelgespräche mit Ihrem/Ihrer Psychotherapeut*in in Ihrer Muttersprachen führen können.	

Befinden Sie sich derzeit in ambulanter Psychotherapie? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Psychotherapeut*in:			
Titel/Familiename:		Vorname:	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Tel.:		Fax:	
Therapierichtung:	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologie/Analyse <input type="checkbox"/> systemische Therapie <input type="checkbox"/> andere		
Wenn nein, warum nicht? (Begründung)			

Waren Sie jemals in akutstationärer bzw. rehabilitativer psychosomatischer und/oder psychiatrischer Behandlung?			
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Wenn ja, bitte machen Sie kurze Angaben dazu:			
Jahr	Klinik	Aufnahmegrund	Dauer (in Wochen)
Bitte lassen Sie uns die Abschlussberichte Ihrer Klinikaufenthalte vorab per Post oder Fax zukommen!			

Besteht aktuell eine Abhängigkeit?	
Alkoholabhängigkeit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Medikamentenabhängigkeit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Medikament(e) _____
Drogenabhängigkeit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Droge(n) _____
Waren Sie schon einmal in einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung oder wurde Ihnen eine solche Behandlung empfohlen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?	Wann?



Persönlicher Fragebogen

- bitte vollständig ausfüllen -

AMEOS Klinikum Inntal

Seite 3 von 3

Name:

Geburtsdatum:

Haben Sie Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten oder chronische Erkrankungen?

Allergien:	Unverträglichkeiten:	chron. Erkrankungen:
<input type="checkbox"/> Hausstaub	<input type="checkbox"/> Fructose	<input type="checkbox"/> Diabetes, Typ _____
<input type="checkbox"/> Gräser bzw. Pollen	<input type="checkbox"/> Lactose	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale
<input type="checkbox"/> Katzen- bzw. Hundehaare	<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Pflaster	<input type="checkbox"/> Histamin	<input type="checkbox"/> Adipositas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich esse ausschließlich: vegetarisch Schweinefleischfrei _____

Medikamentenunverträglichkeit: nein ja, gegen _____

Reaktionen auf die Medikamentenunverträglichkeit: _____

Körperliche Angaben:

Gewicht (in kg):		Größe (in cm):	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad _____		<input type="checkbox"/> Pflegebett	
<input type="checkbox"/> Rollstuhl		<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	
<input type="checkbox"/> Gehbehinderung		<input type="checkbox"/> CPAP-Maske	

Bitte beachten: Sollten Sie ein Gerät nutzen (Medizinprodukt), welches medizinisch indiziert ist, so muss dies sicherheitstechnisch geprüft sein und es muss eine **gültige Prüfplakette** angebracht sein. Melden Sie Ihr Medizinprodukt außerdem **vier Wochen** vor Behandlungsbeginn an.

Meine Motivation zur Anreise: Das erwarte ich mir

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Erstellt am / durch	Geprüft am / durch	Freigegeben am / durch	Revision am / durch
23.07.20/UTA	10.11.20/LIM	19.11.20/NUB	03.12.20/UTA
Speicherpfad: G:\\Vorlagen\\Verwaltung\\Persönlicher_Fragebogen_Erwachsene.docx			