

Bitte zurück an:

Klinik St. Irmingard GmbH  
Psychosomatische Abteilung  
Osternacher Straße 103  
83209 Prien am Chiemsee

# ANMELDEBOGEN

Tel. +49 (8051) 607-573  
Fax +49 (8051) 607-775  
sek.psychosomatik@st-irmingard.de  
www.st-irmingard.de

Dr. med. Christian Ehrig  
Chefarzt der Psychosomatischen Abteilung  
Facharzt für Innere Medizin  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer privat

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer tagsüber

\_\_\_\_\_  
Handynummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers	Versicherungsnummer
Gesetzliche Krankenkasse		
Private Krankenversicherung		
Beihilfestelle		
Kostenzusage liegt bereits vor von	<input type="checkbox"/> Krankenkasse / <input type="checkbox"/> priv. Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfestelle / <input type="checkbox"/> Taggeldversicherung	



Ich möchte folgende **Wahlleistungen** in Anspruch nehmen:

- Privatärztliche Behandlung** mit gesonderter Liquidation nach GOÄ
  
- PRIMA ambiente: 31,00 Euro pro Tag** (Stand 01/2016)  
1-Bett-Zimmer auf der Seeseite mit Balkon, freundliche Zimmerausstattung, hochwertige Hotelbettwäsche und –vorhänge, liebevoll ausgewählte Dekoartikel, Telefon-Flatrate ins In- und Ausland (auch ins Mobilnetz), Parkplatz kostenfrei, TV, CD- und DVD-Player (mit Gratis-Filmverleih), Internet (WLAN), Minibar (wird täglich kostenlos aufgefüllt), Verwöhnfrühstück am Sonntag, Badetücher und -mantel für Schwimmbad, Föhn.
  
- PRIMA ambiente plus: 41,00 Euro pro Tag** (Stand 01/2016)  
Alle PRIMA ambiente-Leistungen und zusätzlich:  
Jede Woche eine Therapie- oder Kosmetikbehandlung inklusive (60 Min.), wahlweise Leihgeräte wie Nordic-Walking-Stöcke oder Fahrrad, Obstteller auf dem Zimmer, Tageszeitung nach Wahl.

**12 % Rabatt ab dem 1. Tag bei Buchung von PRIMA ambiente o. PRIMA ambiente plus von mindestens 5 Wochen.**

#### Terminwunsch:

Ich könnte jederzeit kurzfristig anreisen.

ja  nein

Ich benötige mindestens 1 – 2 Wochen Vorlaufzeit zur Aufnahme.

ja  nein

Die Aufnahme kann erst ab dem \_\_\_\_\_ erfolgen.

Grund:

---

---

**Wer sind Ihre behandelnden Ärzte?**

a) Wer ist der **einweisende Arzt**? \_\_\_\_\_

b) **Hausarzt** (bitte Name, Adresse und Telefonnummer angeben):

\_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_

c) **Nervenarzt/ Psychiater** (bitte Name, Adresse und Telefonnummer angeben):

\_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_

d) **Psychotherapeut** (bitte Name, Adresse und Telefonnummer angeben):

Tiefenpsychologie

Verhaltenstherapie

andere Verfahren

\_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_

**Wie erfolgreiche waren die bisherigen ambulanten Psychotherapien nach Ihrer Einschätzung?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Stabilisierungstechniken / Skills haben Sie sich bereits angeeignet?**

- sicherer Ort / Wohlfühlort       Innere Helfer  
 Inneres Kind beruhigen       Notfallkoffer  
 andere Techniken / Methoden der Selbstberuhigung , nämlich \_\_\_\_\_  
    evtl. Anmerkungen zu den Skills \_\_\_\_\_

**Gab es unter den Behandlungen eine Verschlechterung?**

- nein  ja

**Wenn ja, wo sehen Sie hierfür die Gründe?**

---

**Angaben zu stationären Voraufenthalten**

Bitte geben Sie stationäre **psychosomatische** oder **psychiatrische** einschl. **Sucht- und Entzugsbehandlungen** vollständig an: (Dauer, Einrichtung und Aufnahmegrund)

---

---

---

---

---

---

---

---

(bitte veranlassen Sie die **Übersendung** der entsprechenden **Befundberichte** an uns)

**Schweigepflichtsentbindung:** Ich entbinde die o.g. Ärzte / Therapeuten sowie die Ärzte der Psychosomatischen Abteilung der Klinik St. Irmingard von der ärztlichen Schweigepflicht für behandlungsbezogene Nachfragen.

**Datum und Unterschrift:**

.....



## Krankheitsentwicklung und Vorbehandlung

**1. Schildern Sie bitte in Stichworten Ihre jetzigen psychischen Probleme oder Beschwerden und deren Entwicklung:**

Welche Beschwerden (Gefühle, Gedanken, körperliche Reaktionen) spielen bei Ihnen eine wichtige Rolle?

---

---

---

a) Wie wirken sich Ihre Beschwerden im zwischenmenschlichen Bereich aus?

---

---

---

b) Wie wirken sich diese Beschwerden auf Ihre private oder berufliche Alltagsbewältigung und auf den Bereich Selbstfürsorge aus?

---

---

---

**2. Seit wann bestehen die jetzigen Probleme oder Beschwerden?**

Psychische emotionale Auffälligkeiten seit:

---

---

**3. Haben Sie zurzeit eine akute oder chronische körperliche Erkrankung?**

nein     ja, nämlich \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_



4. Schildern Sie bitte in Stichworten ihre jetzigen körperlichen Probleme oder Beschwerden? Und wann diese erstmals aufgetreten sind

---

---

5. Nehmen Sie zurzeit Medikamente für körperliche und/oder psychische Beschwerden ein?

- nein  
 ja, nämlich

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

6. Ging den aktuellen psychischen und/oder körperlichen Beschwerden ein bestimmtes Lebensereignis voraus?

\_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Wie erklären Sie sich selbst Ihre Beschwerden?

---

---



**8. Wann fühlten Sie sich zuletzt längere Zeit wohl?**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an diese Zeit denken?**

---

---

**9. Wer oder was hat bisher am besten gegen die jetzigen Beschwerden geholfen?**

---

---

**10. Hatten Sie früher schon mal ähnliche Probleme oder Beschwerden?**

- in der Kindheit
- in der Jugend
- im Erwachsenenalter, wann \_\_\_\_\_

**11. Wer oder was hat Ihnen damals geholfen?**

---

---

**12. Was gibt Ihnen Kraft und Halt in Ihrem Leben?**

- Hobbies, nämlich welche? \_\_\_\_\_
- persönliche Stärken, nämlich welche? \_\_\_\_\_
- Spiritualität, z.B. in Form von: \_\_\_\_\_
- andere Kraftquellen: \_\_\_\_\_
- Religion spielt eine starke Rolle, ich gehöre folgender Glaubensgemeinschaft an:  
\_\_\_\_\_

**13. Haben Sie irgendwann einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?**

- nein  ja, insgesamt \_\_\_\_\_mal

Jahr	Anlass	Art des Suizidversuchs

**14. Haben Sie sich irgendwann in Ihrem Leben selbst verletzt?**

- nein  ja, im Alter von \_\_\_\_\_bis \_\_\_\_\_Jahren

Häufigkeit im letzten Jahr	Anlass	Art der Selbstverletzung(en)

**15. Können Sie Ihre Gefühle nur schwer steuern und geraten deswegen öfter in Schwierigkeiten (beruflich oder privat).**

- ja  nein

**Leiden Sie unter starken Stimmungsschwankungen**

- ja  nein

Was sind die Anlässe hierfür und wie oft kommt dies vor

---



---

**16. Nehmen Sie zurzeit Drogen?**

- nein  zurzeit nein, jedoch früherer Drogenkonsum

ja, nämlich \_\_\_\_\_  
wieviel? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

**17. Trinken Sie zurzeit Alkohol?**

- nein  gelegentlich in geringen Mengen  
 ja, häufiger  (fast) täglich

Was trinken Sie? \_\_\_\_\_ wieviel? \_\_\_\_\_





**18. Nehmen Sie zurzeit Beruhigungsmittel ein (z.B. Tavor, Valium...)?**

- nein  gelegentlich in geringen Mengen  
 ja, häufiger  (fast) täglich

welche? \_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_  
seit wann? \_\_\_\_\_

**19. Bestehen körperliche Behinderungen?**

- nein  
 ja

Wenn ja, welche?

---

---

**Welche Hilfsmittel benötigen Sie hierfür? (z.B. Rollstuhl, Gehstock, CPAP-Maske)**

---

**Sind Sie bei Ihren Alltagsverrichtungen auf fremde Hilfe angewiesen?**

- nein  
 ja

Wenn ja, welche Hilfe benötigen Sie?

---

**Liegt eine Hörminderung vor?**

- nein  
 ja

**Wenn ja, ist diese hörgeräteversorgt?**

---

Hinweis: die Teilnahme an den Gruppentherapien erfordert ein ausreichendes Hörvermögen.

**20. Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr aktuelles Gewicht an:**

Größe \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**21. Bestehen herbeigeführtes Erbrechen, anfallweises Essen oder andere Maßnahmen zur Gewichtsregulation?**

nein  ja, nämlich: \_\_\_\_\_

---

---

**22. Probleme bezogen auf die Ernährung / Kost in der Klinik:**

Ich habe keine Unverträglichkeiten / Allergien bezogen auf Lebensmittel

Ich habe Unverträglichkeiten / Allergien, die bei meiner Verköstigung im Krankenhaus Berücksichtigung erfordern

Ggf. Angabe der Unverträglichkeiten / Allergien:

---

---

**Bitte berücksichtigen Sie:**

Eine Beratung im Rahmen der Diätassistenz ist nur bei Vorlage ärztl. Befunde zu Unverträglichkeiten möglich.

**Informationen zur Verköstigung in der Klinik:**

In unserer Klinik bieten wir Ihnen zur Auswahl die mediterrane Küche, leichte Vollkost und Schonkost an. Individuelle Zubereitung von Mahlzeiten aufgrund von Nahrungsmittelunverträglichkeiten ist nicht möglich.

Aus dem vorhandenen Angebot am Buffet (mit entsprechenden Hinweisen auf mögliche Unverträglichkeiten) können Sie i.d.R. selbständig eine Auswahl treffen.



## Aktuelle Lebenssituation

### 1. Familienstand:

- ledig
- in fester Partnerschaft seit \_\_\_\_\_
- verheiratet seit \_\_\_\_\_
- getrennt lebend / geschieden seit \_\_\_\_\_
- verwitwet seit \_\_\_\_\_

### 2. Aktuelle Wohnsituation:

- allein in eigener Wohnung  keinen festen Wohnsitz
- in der Ursprungsfamilie
- Wohnsituation gefährdet z.B. durch Kündigung, Probleme m. Vermieter usw.
- mit Partner / Partnerin
- mit Kindern (welche?) \_\_\_\_\_

Gibt es besondere Belastungen bzgl. der Wohnsituation?

- nein  Ja, nämlich
- \_\_\_\_\_

### 3. Finanzielle Situation:

Beziehen Sie Einkünfte aus:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> eigener Erwerbstätigkeit  | <input type="checkbox"/> Ausbildungsförderung / Bafög |
| <input type="checkbox"/> Krankengeld seit _____  | <input type="checkbox"/> Altersrente                  |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I  | <input type="checkbox"/> Soziale Grundsicherung       |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II / Hartz IV  | <input type="checkbox"/> Sonstiges                    |
| <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeits-/ oder -minderungsrente seit _____ ggf. befristet bis _____ |   |

Gibt es besondere Belastungen bzgl. der finanziellen Situation (z.B. Schulden...)?

- nein  Ja, nämlich
- \_\_\_\_\_

### 4. Befinden Sie sich in laufenden Rechtsstreitigkeiten oder Gerichtsverfahren?

- nein
- ja



**5. Gibt es eine gerichtliche Therapieaufgabe**

- nein  
 ja

Wenn ja, welche?

---

**6. Aktuelle berufliche Situation:**

- aktuell Tätigkeit im erlernten Beruf als \_\_\_\_\_  
 andere Beschäftigung / Tätigkeit als \_\_\_\_\_  
 in Ausbildung zum / zur \_\_\_\_\_  
 arbeitslos seit \_\_\_\_\_  
 Schwerbehindertenausweis GdB \_\_\_\_\_ %  
 habe einen Rentenantrag gestellt oder beabsichtige, dies zu tun

**7. Ggf. Krankschreibungen im Verlauf des letzten Jahres**

- weniger als 1 Monat  
 mehrfach längere AU, nämlich (Auflistung): \_\_\_\_\_

---

- nahezu das ganze Jahr oder länger, nämlich seit: \_\_\_\_\_

Gibt es ggf. Probleme oder Konflikte an Ihrem Arbeits- / Ausbildungsplatz?

- nein             ja, folgende:

---

**8. Welche Problembereiche sollen in Ihrer Behandlung Berücksichtigung finden?**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Depressionen                                   | <input type="checkbox"/> |
| Ängste / Panik                                 | <input type="checkbox"/> |
| Ängste unter Menschen und oder in engen Räumen | <input type="checkbox"/> |
| Zwänge   | <input type="checkbox"/> |
| Partnerschafts- Beziehungsprobleme             | <input type="checkbox"/> |
| berufliche Schwierigkeiten                     | <input type="checkbox"/> |
| Mobbing  | <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit Wut / Ärger (Impulssteuerung)       | <input type="checkbox"/> |



- Umgang mit Anspannung / Stress
- Andere erkennen meine besonderen Leistungen / Fähigkeiten nicht
- Ich kann keine Gefühle zeigen
- Kritikfähigkeit
- Probleme mit Selbsthass / Versagen
- finanzielle Schwierigkeiten
- körperliche Beschwerden inkl. Schmerzen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**9. Bitte nennen Sie drei konkrete Ziele, die Sie durch die beantragte Behandlung erreichen möchten:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum:**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift:**

- **Bitte fügen Sie der Anmeldung folgende Unterlagen bei:**
  - ✓ **Alle relevanten psychischen und körperlichen Befunde**
  - ✓ **Eine Krankenhauseinweisung**
  - ✓ **Eine Kostenzusage ihrer gesetzlichen ggf. privaten Krankenversicherung**  
Kostenzusage nicht erforderlich bei BARMER und Techniker Krankenkasse
  - ✓ **Einen aktuellen ärztlich / psychotherapeutischen Befundbericht**

**Bitte beachten Sie, dass eine Bearbeitung nur nach Eingang der kompletten Unterlagen erfolgen kann**