

Fachklinik für

Onkologie, Kardiologie und Psychosomatik  
Klinik St. Irmingard GmbH  
Osternacher Straße 103

Bitte zurück an:

Ärztliche Leitung Chefarzt Dr. med. Christian Ehrig

Klinik St. Irmingard GmbH

83209 Prien am Chiemsee  
Deutschland

Psychosomatische Abteilung  
Osternacher Straße 103

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

83209 Prien am Chiemsee

Tel. +49 (8051) 607-573

Fax +49 (8051) 607-775

sek.psychosomatik@st-irmingard.de www.st-irmingard.de

## ANMELDEBOGEN ZUR WIEDERAUFNAHME

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

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

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

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer tagsüber

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

\_\_\_\_\_  
Handynummer



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"/> Tagegeldversicherung	

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

- Privatärztliche Behandlung** mit gesonderter Liquidation nach GOÄ

**Datum und Unterschrift:** X .....

- PRIMA ambiente: 33,00 Euro pro Tag** (Stand 01/2020)

1-Bett-Zimmer in der Regel zur Seeseite gelegen 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), Badetücher und -mantel für Schwimmbad, Föhn.

**Datum und Unterschrift:** X .....

- PRIMA ambiente plus: 43,00 Euro pro Tag** (Stand 01/2020)

Alle PRIMA ambiente-Leistungen und zusätzlich:  
 Jede Woche eine Therapiebehandlung inklusive (60 Min.), wahlweise Leihgeräte wie Nordic-Walking-Stöcke oder Fahrrad, Obstteller auf dem Zimmer, Tageszeitung nach Wahl.

**Datum und Unterschrift:** X .....

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

- Ich möchte keine Wahlleistungen in Anspruch nehmen**

**Datum und Unterschrift:** X .....



**Termin:**

Ich kann jederzeit kurzfristig anreisen

Ja

Nein

Ich benötige mindestens 1 – 2 Wochen Vorlaufzeit zur Aufnahme

Ja

Nein

Die Aufnahme kann erst ab dem \_\_\_\_\_ aus folgendem Grund erfolgen:

\_\_\_\_\_

Der letzte Aufenthalt in der Klinik St. Irmingard war von: \_\_\_\_\_ bis:

\_\_\_\_\_

Mein zuständiger Einzeltherapeut war: \_\_\_\_\_

## Persönlicher Bericht für die Wiederaufnahme

- 1. Bitte beschreiben Sie Ihre wichtigsten Beschwerden und Probleme, aufgrund derer Sie wieder eine Behandlung in der Klinik St. Irmingard wünschen.**

---

---

---

---

---

- 2. Wie haben sich Ihre Beschwerden oder Probleme seit Ihrer Entlassung entwickelt?**

---

---

---



---

**3. Wie hat sich die letzte stationäre Behandlung auf Ihre Beschwerden und Ihr Leben ausgewirkt?**

---

---

---

---

---

**4. Welche Therapiemaßnahmen waren für Sie beim letzten stationären Aufenthalt besonders hilfreich?**

---

---

---

**5. Welche wichtigen privaten und beruflichen Veränderungen und Ereignisse hat es in Ihrem Leben seit dem letzten Aufenthalt gegeben?**

---

---

---

**6. Befanden Sie sich seit der letzten stationären Behandlung in einer schweren seelischen Krise?**

nein       ja      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Auslöser hierfür war: \_\_\_\_\_



**7. Gab es dabei Gedanken, sich das Leben zu nehmen?**

nein       ja       wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Auslöser hierfür war: \_\_\_\_\_

**8. Kam es seit der letzten stationären Behandlung zu selbstschädigendem Verhalten?**

nein       ja

in Form von: \_\_\_\_\_

**9. Konsumieren Sie regelmäßig**

Nikotin                       Alkohol                       Drogen?  
  
 Nein

**in welcher Menge?**

\_\_\_\_\_

**10. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Bitte geben Sie den Namen und die genaue Dosierung an.

Medikament	Dosierung	seit wann



11. Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychiatrischer Behandlung?

nein  ja

Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

nein  ja

Wenn ja, welches Ziel bzw. welche Themen standen im Vordergrund der Therapie

---

---

Bitte geben Sie **Name, Adresse und Telefon-Nr.** Ihrer Behandler **vollständig** an und erteilen uns durch Ihre Unterschrift eine Schweigepflichtentbindung für evtl. Nachfragen bei den Vorbehandlern.

---

---

(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 behandlungsbezogenen Nachfragen.

**Datum und Unterschrift:**

.....

12. Befanden Sie sich zwischenzeitlich in stationärer Behandlung?

nein  ja

Wenn ja, bitte geben Sie Klinik und Zeitraum der Behandlung an und fügen die entsprechenden Entlassungsbriefe bei bzw. veranlassen deren Übersendung an uns.

---

---

**13. Was sollte sich für Sie durch die Behandlung in der Klinik St. Irmingard ändern?**

**Bitte nennen Sie drei konkrete Ziele, die Sie erreichen möchten?**

---

---

---

Die Angaben dieses Fragebogens sind ausschließlich für die Behandlung bestimmt und werden streng vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß, um eine bestmögliche Therapieplanung zu gewährleisten. Bitte beachten Sie, dass wir nur **vollständig** ausgefüllte Anmeldebögen bearbeiten können.

**Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!**

**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, Techniker Krankenkasse, AOK, DAK und BKK Faber  
Castell, BKK Scheufelen
- ✓ **Einen aktuellen ärztlich / psychotherapeutischen Befundbericht**
- ✓ **Bitte vergessen Sie nicht die Unterschrift auf Seite 5**

Bitte beachten Sie, dass eine Bearbeitung nur nach Eingang der kompletten und unterschriebenen Unterlagen erfolgen kann.

Datum und Unterschrift:

---

