

Bitte zurück an:

**Ärztliche Leitung Chefarzt Dr. med. Ulrich Stattrop**

Klinik St. Irmingard GmbH

Psychosomatische Abteilung

Osternacher Straße 103

83209 Prien am Chiemsee

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

**Dr.med. U. Stattrop**  
FA für Psychosomatische Medizin  
Und Psychotherapie  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Facharzt für Neurologie  
Chefarzt Allgemeine Psychosomatik

## ANMELDEBOGEN ZUR WIEDERAUFNAHME

\_\_\_\_\_  
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"/> 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: 38,00 Euro pro Tag** (Stand 01/2025)

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: 48,00 Euro pro Tag** (Stand 01/2025)

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 (48 Std.) anreisen  Ja  Nein

Ich benötige mindestens 1 – 2 Wochen Vorlaufzeit zur Aufnahme  Ja  Nein

Eine Aufnahme im Haus Luitpold (inkl. gratis WLAN + TV, kostenfreier Parkplatz) ist möglich. (Die letztendliche Entscheidung hierüber obliegt einem unserer Oberärzte im Rahmen der medizinischen Indikationsprüfung).  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.

---



---

**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:** .....

**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 privaten Krankenversicherung, sofern Sie privat krankenversichert sind**
- ✓ **Einen aktuellen ärztlich / psychotherapeutischen Befundbericht**
- ✓ **Bitte vergessen Sie nicht die Unterschrift auf Seite 6**

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

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_