

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	☐ priv. Krankenversicherung ☐ Beihilfestelle / ☐ 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 12/2022)

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 08/2023)

Alle PRIMA ambiente-Leistungen und zusätzlich:
Leihgeräte wie Nordic-Walking-Stöcke oder Fahrrad, Obststeller 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: _____

Eine Aufnahme über Weihnachten ist möglich

☐ ja

☐ nein

Eine Aufnahme über Ostern ist möglich

☐ ja

☐ nein

Eine Aufnahme über Pfingsten ist möglich

☐ ja

☐ nein



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

Was? 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 ggf. der Beihilfestelle oder Zusatzversicherung
- ✓ Einen aktuellen ärztlich / psychotherapeutischen Befundbericht
- ✓ Bitte vergessen Sie nicht die Unterschrift auf Seite 7

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

Datum und Unterschrift: _____

