

Psychosomatische Abteilung Aufnahmefragebogen

Habichtswald-Klinik Telefon 0561 3108-186 und - 523 (Zentrale 0561 3108-0)
Fax 0561 3108 -128, E -Mail psychosomatik@habichtswaldklinik.de

Habichtswald-Klinik
Aufnahmebüro PTH
Wigandstr. 1

34131 Kassel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Indikationsprüfung und Vorbereitung auf Ihre stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Abteilung der Habichtswald-Klinik benötigen wir einige Informationen von Ihnen und bitten Sie, diesen Fragebogen **vollständig** auszufüllen und an uns zusammen mit dem ärztlichen Attest per Post oder Fax zurück zu senden. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt!

- Name:
- Anschrift:
- Telefon: priv.: dienstl./mobil:
- E-Mail-Adresse: Geb.Dat.:
- Krankenkasse: Größe: cm Gewicht: kg.
- Welche Symptome haben Sie zur Zeit, seit wann bestehen sie?

körperlich:	psychisch:
-------------	------------

- Gewünschter Aufnahmetag: (Aufnahmetag: Dienstags)

Ein verbindlicher Aufnahmetag kann bei gesetzlich Krankenversicherten erst nach Eingang der Kostenzusage mitgeteilt werden. Wir versuchen Ihren Terminwunsch – soweit es die Belegung zulässt - zu berücksichtigen.

- Waren Sie schon einmal in der Psychosomatischen Abteilung der Habichtswald-Klinik?
 nein ja: Jahr: Therapeut/in:

- Gewünschtes Therapiekonzept (s. Anlage "Kurzbeschreibung der Therapiekonzepte")

nur 1 Auswahl möglich:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Basistherapie in der 3. Lebensphase | <input type="checkbox"/> Frauengruppe | <input type="checkbox"/> Basistherapie | <input type="checkbox"/> Psycho-Onkologie |
| <input type="checkbox"/> Basistherapie mit Tinnitusbehandlung | <input type="checkbox"/> Basistherapie für junge Erwachsene | | |

• **Waren Sie bereits früher in einer stationären psychosomatischen Behandlung?**

nein ja: Jahr: wo:

• **Waren Sie bereits früher in einer stationären psychiatrischen Behandlung?**

nein ja: Jahr: wo:

• **Medikamenteneinnahme zur Zeit:**

keine ja: Bitte Namen und Dosierung angeben:

• **Trinken Sie zur Zeit Alkohol?**

keinen oder wenig ja: Bitte genaue Menge und Art **pro Woche** angeben:

• **Hat früher ein Alkohol- oder Medikamentenproblem bestanden?**

nein ja: Was und bis wann?

• **Was möchten Sie für sich mit dem Klinikaufenthalt erreichen?**

Datum:

.....
(Unterschrift)