

DATENBLATT

Bitte senden Sie das ausgefüllte Datenblatt zur Terminabsprache an die Klinik Dr. Steib.
Wir behandeln Ihre Daten gemäß Datenschutzgesetz vertraulich und verwenden sie nur zur klinikinternen Bearbeitung.

Name **Vorname**

PLZ/Wohnort **Straße/Nr.**

Geburtsdatum **E-Mail**

Telefon Festnetz **Mobil**

Krankenkasse privat gesetzlich

Name und Anschrift der Krankenkasse

.....
.....

Zusatzversicherung Chefarztbehandlung Einbettzimmer

Name und Anschrift der Zusatzversicherung

.....
.....

Name und Anschrift des einweisenden Arztes

.....
.....

Einweisungsdiagnosen

.....
.....

Gewünschter Aufnahmeterrnin:

Wären Sie bereit, einen Zimmerzuschlag für ein Einbettzimmer zu zahlen? Ja Nein

Um optimal beurteilen zu können, inwieweit wir mit dem therapeutischen Angebot unseres Hauses Ihren persönlichen Beschwerden und Erwartungen an eine Behandlung entsprechen, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind für Außenstehende ohne Ihre Einwilligung nicht zugänglich.

Momentane Lebenssituation

Familienstand

- ledig
- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

Momentane Wohnsituation

- alleinlebend
- mit anderen zusammenlebend (Familie, Freunde)

Anzahl und Alter der Kinder:

.....

Berufliche Situation:

Erlerner Beruf zuletzt ausgeübte Tätigkeit

Arbeitsunfähig seit arbeitslos seit

Berentet seit Rentenantrag gestellt am

Ihre Beschwerden (bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> starke innere Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Zwänge | <input type="checkbox"/> Wutanfälle |
| <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> Übermäßiger Ehrgeiz | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Drogeneinnahme |
| <input type="checkbox"/> Verwirrung | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche | |
| <input type="checkbox"/> übermäßiger Alkoholgenuss | <input type="checkbox"/> ständige Schmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken | <input type="checkbox"/> Lebensüberdruß | |
| <input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu arbeiten | <input type="checkbox"/> häufiger Wechsel der Arbeitsstelle | |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> körperliche Auseinandersetzungen | |
| <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Freunde zu gewinnen | |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln | | |

Andere körperliche oder psychische Beschwerden:

Liegen bei Ihnen körperliche Behinderungen oder Beeinträchtigungen vor? Wenn ja, welche:

Benötigen Sie irgendwelche Heil- und /oder Hilfsmittel? Wenn ja, welche:

Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden von einem Arzt untersucht worden? Ja Nein

Falls Ja, wann und mit welchem Ergebnis:

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Falls Ja, bei wem, wann, wie lange und aus welchem Grund:

Nehmen Sie an einer Selbsthilfegruppe teil? Ja Nein

Falls Ja, welche Gruppe, aus welchem Anlass, seit wann und wie regelmäßig?

Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrem Wunsch nach einer Behandlung in unserer Klinik?

Umgang mit Alkohol, Nikotin, Medikamenten, Drogen und Essverhalten

a) **Glauben Sie, dass Ihr Trinkverhalten problematisch ist?** Ja Nein

Führen Sie bitte Art und Menge des von Ihnen konsumierten Alkohols pro Woche auf:

b) **Glauben Sie, dass Ihr Essverhalten problematisch ist?** Ja Nein

Beschreiben Sie Ihr Essverhalten. Erwähnen Sie insbesondere Essanfälle, Erbrechen, Abmageren, Diäten und die Einnahme von Abführmitteln oder Appetitzüglern:

c) **Haben Sie Lebensmittelunverträglichkeiten / Allergien** Ja Nein

Wenn ja, welche?

Besondere Ernährungsformen: vegetarisch vegan kein Schweinefleisch o. ä.

d) **Sehen Sie Probleme in Ihrem Umgang mit Nikotin?** Ja Nein

Sofern sie rauchen, wieviel rauchen Sie?

e) **Nehmen oder nahmen Sie Drogen ein?** Ja Nein

Wenn Ja, welche Drogen, Zeitraum und Mengen:

f) Nehmen oder nahmen Sie Schlaf- oder Schmerzmittel? Ja Nein

Welche Schlaf- oder Schmerzmittel haben Sie eingenommen, beschreiben Sie bitte Mengen und Einnahmezeiträume:

Medikament	Dosierung	Zeitraum
.....
.....
.....

Größe Gewicht

Corona-Impfung Ja Nein 1-fach 2-fach 3-fach

Sie liegen uns am Herzen!

Um mit Ihnen die Behandlung schnell und fachgerecht beginnen zu können, bitte wir um Überlassung etwaiger Befunde und Behandlungsunterlagen in Kopie im Voraus.

Bitte senden Sie uns diese Dokumente zusammen per Post oder Fax an die folgende Adresse:

**Klinik Dr. Steib Betriebs GmbH
 Adelheidstr. 18
 61462 Königstein
 Fax 06174 24473**

Nach Eingang und Prüfung der Unterlagen setzen wir uns innerhalb von 14 Tagen telefonisch oder schriftlich mit Ihnen in Verbindung.

Wir wissen, wie schwierig der erste Schritt ist.
 Wenn Sie Fragen haben, zögern Sie nicht, uns anzusprechen!

Mit freundlichen Grüßen

Nicola Telgmann

Patienten-Aufnahme
 Tel.: 06174 938842
 (Mo. – Do. 09:00-13:00 Uhr)

Haben Sie noch weitere Informationen, die Ihnen wichtig erscheinen und nach denen bisher nicht gefragt wurde? Dann ergänzen Sie diese gerne auf der nächsten Seite.

