

STRENG VERTRAULICH

1.) Persönliche Daten (diese Felder sind Pflichtfelder)

Vorname		Nachname	
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Ihre Größe in cm		Ihr Gewicht in kg	
Adresse			
Telefon 1		Telefon 2	
E-Mail			
Gesetzliche Krankenkasse		Private Krankenversicherung	
Private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Leistungen Private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> 1 Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2 Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Ärztliche Wahlleistungen / Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld		
Behandlungsart	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> noch offen		
Zur Anreise nutze ich	<input type="checkbox"/> KFZ <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Rad		
Name u. Anschrift der einweisenden Ärztin / des einweisenden Arztes	Name u. Anschrift Therapeutin / Therapeut		

2.) Art der Schwierigkeiten

Beschreiben Sie kurz die Art Ihrer Schwierigkeiten, auch ggf. die hauptsächlichen Beschwerden und deren Dauer (Pflichtfeld)

3.) Was haben Sie bisher für sich unternommen?

Besuch von Selbsthilfe-, Therapiegruppen oder Beratungsstellen

Therapeutische Gespräche (welche, seit wann, wie häufig)

Fanden bisher Behandlungen in Krankenhäusern statt

Waren Sie in den letzten 6 Monaten wegen einer körperlichen Erkrankung in stat. oder ambulanter Behandlung
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?

Besteht ein laufendes Verfahren bezüglich (Pflichtfeld)
<input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> nein

Wir prüfen regelmäßig, ob Sie schon einmal als Patientin / Patient Kontakt zu unserem Hause hatten. Ist dies der Fall, so werden Vorbehandlungsunterlagen dem jetzigen Vorgespräch automatisch zugeführt. Sollten Sie dies nicht wünschen, so kreuzen Sie dies bitte hier an.

4.) Angaben zu Medikamenten und anderen Suchtmitteln

Bitte geben Sie an, was und wie viel pro Tag bzw. Woche Sie in den letzten 3 Monaten zu sich genommen haben:			
Medikamente (auch wenn ärztlich verordnet)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Alkohol	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Trinkmenge pro Woche			
Zigaretten	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Anzahl pro Tag			
Andere Suchtmittel	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Welche / Menge pro Monat			
Andere Suchterkrankungen (Spiel-/Kauf-/Computersucht)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	

5.) Angaben zur Lebensgeschichte

Alter und Beruf der Mutter	
Alter und Beruf des Vaters	
Haben Sie Geschwister? Alter/ Beruf/ Familienstand	
Wer sorgt für Ihren Lebensunterhalt bzw. für wen haben Sie zu sorgen?	
Wohnsituation (fester Wohnsitz)/ allein / Partnerin /Partner/ Familie/WG	
Lebensgemeinschaft / Ehe	ja <input type="checkbox"/> , seit wann: _____ nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder? (Geschlecht, Alter)	

Gab es in Ihrem bisherigen Leben für Sie besonders belastende Ereignisse

Was machen Sie beruflich und welches sind die wichtigsten Etappen in Ihrer Ausbildung Schule/ Beruf:

Was hat Ihnen in Ihrem Leben bisher am meisten Schwierigkeiten bereitet?

Beschreiben Sie Ihre Freizeitinteressen und Zukunftspläne

Was erwarten und wünschen Sie sich von einer Behandlung in unserem Krankenhaus?

6.) Sozialdienstliche Unterstützung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben in den letzten Monaten festgestellt, dass bei vielen, gerade unserer jüngeren Patientinnen und Patienten, erhebliche Probleme im sozialen und häuslichen Umfeld bestehen, die mehr sozialdienstliche Unterstützung notwendig machen. Je nach Ausmaß kann es sinnvoll sein, diese Probleme vor Beginn der stationären Behandlung im Ginsterhof zu klären. Wir möchten Sie daher bitten, die nachfolgenden Fragen so offen wie möglich zu beantworten, um Sie während Ihrer Behandlung gezielter unterstützen und beraten zu können.

Vielen Dank!

Haben Sie an Sie gerichtete ungeöffnete Post bzw. unbezahlte Rechnungen zu Hause?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Schulden? Wenn ja, in welcher Höhe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie ohne Unterkunft oder droht Ihnen der Verlust Ihres Wohnraumes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie im Vorfeld schon einmal so wütend geworden, dass Sie anderen Menschen Gewalt angetan haben? Details zur Gewaltanwendung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie bereits einmal straffällig geworden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es andere Problembereiche, für die Sie aller Wahrscheinlichkeit nach die Unterstützung unseres Sozialdienstes benötigen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zuletzt haben wir noch eine Bitte an Sie. Wie haben Sie von uns erfahren?

Von meiner/m Ärztin / Arzt und/oder Therapeutin / Therapeut	<input type="checkbox"/>
Über eine Suchmaschine, z. B. Google	<input type="checkbox"/>
Über eine Empfehlung, z.B. Befreundete/Bekannte/Verwandte	<input type="checkbox"/>
Einen Flyer	<input type="checkbox"/>
Google-Werbung	<input type="checkbox"/>
Eine Werbeanzeige	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>