

STRENG VERTRAULICH
Anmeldebogen Vorgespräch

1.) Persönliche Daten, diese Felder sind Pflichtfelder

Vorname		Nachname	
Geburtsdatum			Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Ihre Größe in cm		Ihr Gewicht in kg	
Adresse			
Telefon 1		Telefon 2	
E-Mail			
Gesetzliche Krankenkasse		Private Krankenversicherung	
Private Zusatzversicherung	☐ ja ☐ nein		
Leistungen Private Krankenversicherung	☐ 1 Bett-Zimmer ☐ 2 Bett-Zimmer ☐ Ärztliche Wahlleistungen / Chefarztbehandlung ☐ Krankenhaustagegeld		
Behandlungsart	☐ stationär ☐ teilstationär		
Zur Anreise nutze ich	☐ KFZ ☐ ÖPNV ☐ 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 ambul. Behandlung?
☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?
Besteht ein laufendes Verfahren bezüglich (Pflichtfelder)
☐ Reha ☐ Rente ☐ Schwerbehinderung ☐ nein <u>Bei laufendem Renten- oder Rehaverfahren:</u> Sind Sie dazu aufgefordert worden? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, von wem?

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 - diese Felder sind Pflichtfelder

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)	☐ keine	☐ gelegentlich	☐ regelmäßig
Alkohol	☐ kein	☐ gelegentlich	☐ regelmäßig
Trinkmenge pro Woche			
Zigaretten	☐ kein	☐ gelegentlich	☐ regelmäßig
Anzahl pro Tag			
Andere Suchtmittel	☐ keine	☐ gelegentlich	☐ regelmäßig
Welche / Menge pro Monat			
Andere Suchterkrankungen (Spiel-/Kauf-/Computersucht)?	☐ ja ☐ nein	Welche?	

5.) Angaben zur Lebensgeschichte

Alter und Beruf der Mutter	
Alter und Beruf des Vaters	
Haben Sie Geschwister? <i>Alter/ Beruf/ Familienstand</i>	
Wer sorgt für Ihren Lebensunterhalt bzw. für wen haben Sie zu sorgen?	
Wohnsituation (fester Wohnsitz)/ allein / Partnerin /Partner/ Familie/WG:	
Lebensgemeinschaft / Ehe:	ja ☐ , seit wann: _____ nein ☐
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?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie Schulden? Wenn ja, in welcher Höhe?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie ohne Unterkunft oder droht Ihnen der Verlust Ihres Wohnraumes?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie im Vorfeld schon einmal so wütend geworden, dass Sie anderen Menschen Gewalt angetan haben? Details zur Gewaltanwendung	☐ ja	☐ nein
Sind Sie bereits einmal straffällig geworden?	☐ ja	☐ nein
Gibt es andere Problembereiche, für die Sie aller Wahrscheinlichkeit nach die Unterstützung unseres Sozialdienstes benötigen? Wenn ja, welche?	☐ ja	☐ nein

Zuletzt haben wir noch eine Bitte an Sie. Wie haben Sie von uns erfahren?
Bitte kreuzen Sie nur eine Möglichkeit an:

Ärztin / Arzt / Therapeutin / Therapeut	☐
Empfehlung von Familie / Freundin / Freund	☐
Ich war bereits Patientin / Patient im Ginsterhof	☐
Infoveranstaltung im Ginsterhof	☐
Eigenrecherche über google / Ginsterhof Homepage / Bewertungsportale	☐
Anzeige (print / online)	☐
Flyer	☐