

**STRENG VERTRAULICH**  
**Anmeldebogen Vorgespräch**

**1.) Persönliche Daten, diese Felder sind Pflichtfelder**

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

**2.) Art der Schwierigkeiten**

|  |
|--|
| <b>Beschreiben Sie kurz die Art Ihrer Schwierigkeiten, auch ggf. die hauptsächlichen Beschwerden und deren Dauer (Pflichtfeld)</b> |
|  |

### 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? |
|---|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn ja, welche?<br><br>                   |

| Besteht ein laufendes Verfahren bezüglich (Pflichtfelder)  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> nein  |
| <u>Bei laufendem Renten- oder Rehaverfahren: Sind Sie dazu aufgefordert worden?</u><br><input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja<br>Wenn ja, von wem?<br><br> |

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

|   |  |                                       |                                     |
|---|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Bitte geben Sie an, was und wie viel pro Tag bzw. Woche Sie in den letzten 3 Monaten zu sich genommen haben:</b> |  |                                       |                                     |
| 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<br><input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> , seit wann: _____ nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Kinder? (Geschlecht, Alter)                                     |  |
|   |  |

|   |
|---|
| <b>Gab es in Ihrem bisherigen Leben für Sie besonders belastende Ereignisse</b> |
|   |

|   |
|---|
| <b>Was machen Sie beruflich und welches sind die wichtigsten Etappen in Ihrer Ausbildung Schule/ Beruf:</b> |
|   |

|   |
|---|
| <b>Was hat Ihnen in Ihrem Leben bisher am meisten Schwierigkeiten bereitet?</b> |
|---|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
| <b>Beschreiben Sie Ihre Freizeitinteressen und Zukunftspläne</b> |
|  |

|  |
|--|
| <b>Was erwarten und wünschen Sie sich von einer Behandlung in unserem Krankenhaus?</b> |
|  |

## 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!

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Haben Sie an Sie gerichtete ungeöffnete Post bzw. unbezahlte Rechnungen zu Hause?</b>  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|   |                             |                               |
| <b>Haben Sie Schulden?<br/>Wenn ja, in welcher Höhe?</b>  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|   |                             |                               |
| <b>Sind Sie ohne Unterkunft oder droht Ihnen der Verlust Ihres Wohnraumes?</b>  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|   |                             |                               |
| <b>Sind Sie im Vorfeld schon einmal so wütend geworden, dass Sie anderen Menschen Gewalt angetan haben?<br/>Details zur Gewaltanwendung</b>           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|   |                             |                               |
| <b>Sind Sie bereits einmal straffällig geworden?</b>  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|   |                             |                               |
| <b>Gibt es andere Problembereiche, für die Sie aller Wahrscheinlichkeit nach die Unterstützung unseres Sozialdienstes benötigen? Wenn ja, welche?</b> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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                              | <input type="checkbox"/> |
| Empfehlung von Familie / Freundin / Freund                           | <input type="checkbox"/> |
| Ich war bereits Patientin / Patient im Ginsterhof                    | <input type="checkbox"/> |
| Infoveranstaltung im Ginsterhof                                      | <input type="checkbox"/> |
| Eigenrecherche über google / Ginsterhof Homepage / Bewertungsportale | <input type="checkbox"/> |
| Anzeige (print / online)   | <input type="checkbox"/> |
| Flyer  | <input type="checkbox"/> |