

STRENG VERTRAULICH
Anmeldebogen Vorgespräch

Sie können diesen
Anmeldebogen auch
online ausfüllen:



1.) Persönliche Daten, diese Felder sind Pflichtfelder

Vorname		Nachname	
Geburtsdatum		Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Ihre Größe in cm		Ihr Gewicht in kg	
Wohnanschrift			
Telefon 1		Telefon 2	
E-Mail			
Gesetzliche Krankenkasse		Private Krankenversicherung	
Private Zusatzversicherung	☐ ja ☐ nein		
Leistungen Private Kranken- oder Zusatzversicherung	☐ 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

Bei laufendem Renten- oder Rehaverfahren: 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 drei 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 Ihrer Mutter	
Alter und Beruf Ihres 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)	

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

--

Beschreiben Sie Ihre Freizeitinteressen und Zukunftspläne

--

Gab es in Ihrem bisherigen Leben für Sie besonders belastende Ereignisse?

--

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

--

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	☐

Datenschutzhinweis und Einwilligung zur Kontaktaufnahme über Doctolib

Für die Terminverwaltung und -buchung nutzen wir den externen Dienst Doctolib GmbH, Mehringdamm 51, 10961 Berlin. Doctolib bietet eine Online-Plattform zur Terminvereinbarung und Patientenkommunikation an.

Wenn Sie uns Ihre Einwilligung erteilen, dürfen wir Ihre Kontaktdaten (Name, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) an Doctolib übermitteln, um Ihnen künftig Terminangebote über die Doctolib-Plattform zukommen zu lassen. Die Nutzung von Doctolib setzt voraus, dass Sie dort ein eigenes Nutzerkonto anlegen.

Rechtsgrundlage für die Datenübermittlung und -nutzung ist Ihre Einwilligung nach § 6 Nr. 2 i. V. m. § 13 Abs. 2 Nr. 1 DSGVO.

Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs oder wenn Sie keine Einwilligung erteilen, erfolgt die Kontaktaufnahme weiterhin auf herkömmlichem Wege (Telefon oder Post).

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung durch Doctolib finden Sie unter:
https://media.doctolib.com/image/upload/v1753974148/legal/B2C-PrivacyPolicy-JULY_25-DE.pdf

Die nachfolgende Erklärung zur Kommunikation über Doctolib wird nur berücksichtigt, wenn Sie uns diesen Fragebogen postalisch zusenden. Bei einer Anmeldung über Doctolib gelten die dort erteilten Einwilligungen; die vorliegende Erklärung ist in diesem Fall ohne Bedeutung.

- ☐ **Ja**, ich willige ein, dass meine Kontaktdaten an Doctolib übermittelt werden, damit künftige Terminabsprachen über die Doctolib-Plattform erfolgen können.
- ☐ **Nein**, ich wünsche keine Nutzung von Doctolib. Die Kontaktaufnahme soll ausschließlich telefonisch oder postalisch erfolgen.

Datenschutzhinweis und Einwilligung zur Kommunikation per E-Mail

Wir weisen darauf hin, dass eine Kommunikation per E-Mail über die Planung und Durchführung Ihres Krankenhausaufenthalts grundsätzlich nicht möglich ist, sofern dazu keine ausdrückliche Zustimmung Ihrerseits vorliegt. Wenn Sie die Kommunikation mit unserem Haus per E-Mail für organisatorische Zwecke ausdrücklich wünschen, können Sie hier Ihre Zustimmung dazu erteilen.

Bitte beachten Sie, dass E-Mail-Verkehr grundsätzlich nicht Ende-zu-Ende-verschlüsselt erfolgt und Ihre Daten daher theoretisch von Dritten eingesehen werden können. Aus Datenschutzgründen empfehlen wir, keine sensiblen Gesundheitsdaten oder andere besonders schützenswerte personenbezogene Daten per unverschlüsselter E-Mail zu übermitteln.

- ☐ **Ja**, ich willige ausdrücklich ein, dass das Ev. Krankenhaus Ginsterhof gGmbH mich für organisatorische Zwecke (z.B. Terminabstimmung, Aufnahmeplanung) per E-Mail kontaktieren darf. Dieses Einverständnis kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.
- ☐ **Nein**, ich möchte vom Ev. Krankenhaus Ginsterhof gGmbH nicht per E-Mail kontaktiert werden. Dies gilt auch für E-Mails zu organisatorischen Zwecken (z.B. Terminabstimmung, Aufnahmeplanung). Ein Einverständnis kann ich gegebenenfalls jederzeit mit Wirkung für die Zukunft nachträglich erteilen.

Erklärung zur eigenständigen Anfertigung des Anmeldebogens (Pflichtangabe)

- ☐ Ich erkläre hiermit, dass ich den obigen Anmeldebogen eigenständig (ggf. mit Unterstützung) für mich selbst aufgrund meines Behandlungswunsches in Ihrem Hause ausgefüllt und alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ferner ist mir bewusst, dass Anmeldebögen, die im Namen Dritter ausgefüllt wurden, vom Ev. Krankenhaus Ginsterhof gGmbH nicht bearbeitet werden können.