



### Angaben zur Ihrer Person:

Name: ..... Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....  
.....

Telefon: ..... Fax: .....

Handy: ..... Email: .....

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich .....

☐ privat .....

### Selbstauskunftsbogen

Krankenhaus Lahnhöhe  
Postfach 2194 Clearingstelle  
56107 Lahnstein  
Tel. 0 26 21 / 915 - 357  
FAX 0 26 21 / 915 - 455

### Die wichtigsten Informationen auf einen Blick, bitte unbedingt ausfüllen:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sind Sie arbeitsunfähig krank geschrieben?                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, seit .....                  |
| Haben Sie eine Rehamaßnahme / Kur beantragt?<br>Ein laufendes Rehaverfahren und eine Aufnahme in unserer Klinik schließen sich aus.                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja                              |
| Hatten Sie in den zurückliegenden 12 Monaten Krankenhausaufenthalte / Rehabilitation von mehr als 3 Tagen?<br>Bitte fügen Sie die Entlassungsberichte in Kopie bei                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja<br><u>Krankenhaus/Datum:</u> |
| Konsumieren Sie Alkohol?                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, wenn ja, wie viel:          |
| Konsumieren Sie Nikotin, Cannabis oder andere Rauschmittel? Nehmen Sie regelmäßig Tabletten (Tranquilizer o.ä.) zur Beruhigung oder Schlafanbahnung ein? Wenn ja, wie oft und wieviel? Gibt es andere Dinge, von denen Sie sich emotional abhängig fühlen (z.B. Fernsehen, Sex, Internet, Spiele, Arbeit, andere Menschen...)? | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, wenn ja, welche:            |
| Haben Sie einen Pflegegrad?<br>Bitte fügen Sie das dazugehörige Pflegegutachten bei                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, wenn ja, welcher:           |
| Haben Sie einen Antrag auf Rente / Teilrente gestellt?                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja                              |
| Haben Sie chronische Hautläsionen (chronische Wunden, schuppige Dermatosen, Ekzeme)?                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja                              |
| Wurden Sie schon einmal MRSA positiv getestet?                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                 |
| Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?<br><br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                              | 1. Impfung Datum: _____<br>2. Impfung Datum: _____<br>3. Impfung Datum: _____             |
| Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Ausland?<br>Wenn ja, wo?                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja Land: _____                  |

## Weitere wichtige Angaben:

|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1) Berufliche Tätigkeit</b>                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann<br><input type="checkbox"/> Rentner(in) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> EU-Rentner(in) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> befristet bis..... <input type="checkbox"/> unbefristet<br><input type="checkbox"/> Berufstätig als .....<br><input type="checkbox"/> Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden .....<br><input type="checkbox"/> Sind Sie selbstständig tätig? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> - als .....<br><input type="checkbox"/> Sind Sie arbeitslos? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - seit wann und aus welchem Grund?<br>.....<br><input type="checkbox"/> Wie viele Tage sind Sie in den letzten 12 Monaten bis jetzt insgesamt arbeitsunfähig krank geschrieben gewesen? .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>2) Jetzige Behandlung</b>                                                                                                                                                                                                    | Welche ambulanten Behandlungen nehmen Sie wegen der Erkrankung in Anspruch, für welche nun eine Krankenhausbehandlung verordnet worden ist?<br><input type="checkbox"/> Hausarzt / Arzt für Allgemeinmedizin<br><input type="checkbox"/> Arzt für Innere Medizin<br><input type="checkbox"/> Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie / Nervenarzt<br><input type="checkbox"/> Arzt für psychotherapeutische Medizin<br><input type="checkbox"/> Sonstige Fachärzte: .....<br><input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut<br><input type="checkbox"/> Sonstige                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>3)</b>                                                                                                                                                                                                                       | Welche stationäre(n) Behandlung(en) haben Sie in den letzten 2 bzw. 4 Jahren in Anspruch genommen?<br><input type="checkbox"/> Keine stationäre Behandlung<br><input type="checkbox"/> Krankenhaus (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, etc., bitte genau benennen) in:<br><input type="checkbox"/> Krankenhaus Psychiatrie in:<br><input type="checkbox"/> Krankenhaus Psychosomatik in:<br><input type="checkbox"/> Psychosomatische Rehabilitation <input type="checkbox"/> ambulant, <input type="checkbox"/> stationär, in den letzten 4 Jahren in ..... <input type="checkbox"/> Rentenversicherung, <input type="checkbox"/> Krankenkasse<br><input type="checkbox"/> andere Rehabilitation in den letzten 4 Jahren in .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>4) Ambulante Psychotherapie</b><br><br>Name/ Anschrift und Telefonnummer des ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, wenn zur Zeit eine PT durchgeführt wird oder beantragt wurde:<br><br>.....<br>.....<br>..... | Haben Sie in den letzten beiden Jahren eine von der Krankenkasse genehmigte Psychotherapie – sogenannte Richtlinienpsychotherapie - durchgeführt?<br><br><input type="checkbox"/> Ich habe <u>keine</u> Richtlinienpsychotherapie beantragt und durchgeführt.<br><input type="checkbox"/> Eine Psychotherapie wurde mit insgesamt ..... Stunden durchgeführt und abgeschlossen im Monat / Jahr .....<br><input type="checkbox"/> Ich befinde mich zur Zeit in ambulanter Psychotherapie ( <input type="checkbox"/> Psychoanalyse, <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundiert, <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie, als <input type="checkbox"/> Einzeltherapie, als <input type="checkbox"/> Gruppentherapie), bisherige Behandlungsstunden: ..... Stunden.<br><input type="checkbox"/> Eine Psychotherapie wurde beantragt und genehmigt und kann begonnen werden am (Monat/Jahr): ..... bei ..... (Namen links eintragen).<br><input type="checkbox"/> Es erfolgten bereits regelmäßige stützende/psychotherapeutische Gespräche bei <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Psychiater <input type="checkbox"/> Psychologe <input type="checkbox"/> Sonstige |

|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|--------|-----------|
| <b>5) Hat / Haben Ihnen die Therapie/n geholfen? Wenn ja, inwiefern? Wenn nicht, woran lag es Ihrer Meinung nach?</b> |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
| <b>6) Aktuelle Beschwerden</b>                                                                                        | Beschreiben Sie Ihre Hauptbeschwerden und deren Auswirkungen stichwortartig und kreuzen Sie an, wie sehr Sie sich eingeschränkt / belastet fühlen.                           |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              | leicht        | mittel   | schwer |           |
| körperlich                                                                                                            |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
| psychisch                                                                                                             |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
| Dauer der Erkrankung                                                                                                  | <input type="checkbox"/> unter 6 Monaten <input type="checkbox"/> länger als 6 Monate <input type="checkbox"/> länger als 1 Jahr <input type="checkbox"/> länger als 2 Jahre |               |          |        |           |
|                                                                                                                       | Alter bei erstem Auftreten der Erkrankung (in Jahren) : _____                                                                                                                |               |          |        |           |
| <b>7) Auswirkungen auf</b>                                                                                            | Wie wirken sich diese Beschwerden aus?                                                                                                                                       | leicht        | mittel   | schwer |           |
| meinen Alltag                                                                                                         | bzgl alltäglicher Probleme / Entscheidungen treffen können                                                                                                                   |               |          |        |           |
|                                                                                                                       | den Tagesablauf zu planen und durchzuführen                                                                                                                                  |               |          |        |           |
|                                                                                                                       | mit schwierigen Situationen umzugehen und sie zu bewältigen                                                                                                                  |               |          |        |           |
|                                                                                                                       | ausreichend auf die eigene Gesundheit zu achten                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       | regelmäßig für mich u. meine Familie Mahlzeiten zuzubereiten                                                                                                                 |               |          |        |           |
|                                                                                                                       | den Haushalt zu erledigen                                                                                                                                                    |               |          |        |           |
|                                                                                                                       | Familienmitgliedern zu helfen                                                                                                                                                |               |          |        |           |
| meine Beziehungen zu anderen                                                                                          | Kind(ern)                                                                                                                                                                    |               |          |        |           |
|                                                                                                                       | Partner                                                                                                                                                                      |               |          |        |           |
|                                                                                                                       | Eltern und Geschwister                                                                                                                                                       |               |          |        |           |
|                                                                                                                       | Freunden und Bekannten                                                                                                                                                       |               |          |        |           |
| meine beruflichen Anforderungen                                                                                       |                                                                                                                                                                              | leicht        | mittel   | schwer |           |
|                                                                                                                       | (Angst vor) eigener Arbeitslosigkeit                                                                                                                                         |               |          |        |           |
|                                                                                                                       | Finanzielle Sorgen/ Schulden                                                                                                                                                 |               |          |        |           |
|                                                                                                                       | Probleme am Arbeitsplatz                                                                                                                                                     |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              | voll und ganz | meistens | selten | gar nicht |
| Trifft .....zu                                                                                                        | Ich habe ausreichend Zeit für mich ( Ruhe/ Entspannung)                                                                                                                      |               |          |        |           |
| Trifft .....zu                                                                                                        | Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies/ Freizeitaktivitäten                                                                                                             |               |          |        |           |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
| Belastende Kontextfaktoren                                                                                            |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |
| <input type="checkbox"/> Pflegebedürftige Angehörige                                                                  |                                                                                                                                                                              |               |          |        |           |

|                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tod eines nahen Angehörigen                                                    |
| <input type="checkbox"/> Chronische Krankheit von Angehörigen                                           |
| <input type="checkbox"/> Suchtproblematik von Familienangehörigen                                       |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten                                                      |
| <input type="checkbox"/> Starke Belastung durch gesundheitliche/ verhaltensbedingte Probleme der Kinder |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzkonflikte                                                          |
| <input type="checkbox"/> Kündigung /drohende Kündigung                                                  |
| <input type="checkbox"/> Kränkung                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Überforderung/Mehrbelastung/ständiger Zeitdruck                                |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel und Fehlhaltung                                                |
| <input type="checkbox"/> Fehlernährung                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Mangelnde Unterstützung und Anerkennung                                        |
| <input type="checkbox"/> Nicht gleichberechtigte Stellung in der Partnerschaft                          |
| <input type="checkbox"/> Partner-/ Eheprobleme                                                          |
| <input type="checkbox"/> Akute Trennungsphase                                                           |
| <input type="checkbox"/> Beengte Wohnverhältnisse                                                       |
| Sonstiges:                                                                                              |
|                                                                                                         |
| <b>8) Fragenbogen EQ-5D-3L:</b>                                                                         |
| <b><i>Beweglichkeit/Mobilität</i></b>                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme herumzugehen                                           |
| <input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme herumzugehen                                          |
| <input type="checkbox"/> Ich bin ans Bett gebunden                                                      |
| <b><i>Für sich selbst sorgen</i></b>                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen                             |
| <input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen          |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen              |
| <b><i>Alltägliche Probleme (z. B. Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)</i></b>      |
| <input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen           |
| <input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen          |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen         |
| <b><i>Schmerzen/Körperliche Beschwerden</i></b>                                                         |
| <input type="checkbox"/> Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden                                      |
| <input type="checkbox"/> Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden                                     |
| <input type="checkbox"/> Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden                                    |
| <b><i>Angst/Niedergeschlagenheit</i></b>                                                                |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert                                        |
| <input type="checkbox"/> Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert                                        |
| <input type="checkbox"/> Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert                                       |
|                                                                                                         |
| <b>9) Wie erklären Sie sich Ihre Beschwerden, welche Ursachen sehen Sie?</b>                            |
|                                                                                                         |
|                                                                                                         |
|                                                                                                         |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>17) Bitte beschreiben Sie die Mitglieder Ihrer Herkunftsfamilie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Geschwister der Eltern, auch ggf. Stief- oder Halbgeschwister) mit Geburts- u. ggf. Sterbejahr, besondere Erkrankungen, Schicksale und evtl. besondere Charakterzüge:</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>18) Wie haben Sie als Kind die Beziehung Ihrer Eltern erlebt?</b>                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>19) Bitte beschreiben Sie Ihre Beziehung zu Ihren Eltern (früher und heute):</b>                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>20) Beschreiben Sie bitte kurz Ihren Partner/Partnerin und Ihre Beziehung (z. B. Was ist gut in Ihrer Beziehung? Wo fühlen Sie sich unverstanden? Gibt es regelmäßige Konfliktpunkte? Wie gehen Sie mit Konflikten um? Wie würde Ihr(e) Partner(in) die Beziehung beschreiben?)</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>21) Haben Sie Kinder? Wie alt sind diese? Gibt es Auffälligkeiten in deren Entwicklung oder in Ihrer Beziehung zu ihnen?</b>                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>22) Was sind Ihre Fähigkeiten, Stärken, Talente, Leidenschaften, Hobbys, Kraftquellen? (Falls aktuell nicht zugänglich: welche waren es früher?)</b>                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>23) Bitte notieren Sie alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, schweren oder chronischen Erkrankungen und schwere Unfälle mit Jahresangabe:</b>                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>24) Fragen zur aktuellen Situation:</b>                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>a. Kennen Sie Schmerzen oder Engegefühl über dem Brustkorb?</b>                                                                                                                                                                                               |
| <b>b. Kennen Sie Atemnot (in Ruhe, unter Belastung, beim Treppensteigen)?</b>                                                                                                                                                                                    |
| <b>c. Kennen Sie geschwollene Beine?</b>                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>d. Wie oft müssen Sie nachts Wasser lassen?</b>                                                                                                                                                                                                               |
| <b>e. Leiden Sie unter Schlaflosigkeit (Ein- und Durchschlafstörungen)?</b>                                                                                                                                                                                      |
| <b>f. Treten Nachtschweiße auf, oder besteht eine übermäßige Neigung zu schwitzen?</b>                                                                                                                                                                           |
| <b>g. Haben Sie ein cPaP-Gerät?</b>                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>h. Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht <input checked="" type="checkbox"/> abgenommen .....kg oder <input checked="" type="checkbox"/> zugenommen .....kg?</b>                                                                                               |
| <b>i. Aktuelle Körpergröße :                      cm; aktuelles Gewicht:                      kg</b>                                                                                                                                                             |
| <b>j. Haben Sie eine Hepatitis- und/oder eine HIV-Infektion? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</b>                                                                                                                                       |
| <b>k. Sind Sie aktuell in gesetzlicher Betreuung? Wenn ja, geben Sie bitte hier Namen und Telefonnummer Ihres gesetzlichen Betreuers an:</b>                                                                                                                     |
| <b>l. Leiden Sie unter Höhenangst?<br/>Wenn ja: Bis zu welcher Etage können Sie sich stressfrei aufhalten?</b>                                                                                                                                                   |
| <b>m. Leiden Sie unter Schwerhörigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tragen Sie ein Hörgerät bzw. Hörgeräte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</b>                                                           |
| <b>25) Bitte falls zutreffend ankreuzen:</b>                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>a. Wurde bei Ihnen im letzten halben Jahr eine Antibiotikatherapie durchgeführt?</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 |
| <b>b. Waren Sie im letzten Jahr in Einrichtungen (Reha-Aufenthalt, Pflegeheim o.ä.), in welchem multiresistente Krankheitserreger bekannt oder vermutet wurden?</b> <input type="checkbox"/>                                                                     |
| <b>c. Arbeiten Sie in einem landwirtschaftlichen Betrieb mit Tierhaltung?</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                           |
| <b>d. Haben Sie einen Port oder einen suprapubischen Blasenkatheter?</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                |
| <b>26) Welche Medikamente nehmen Sie momentan in welcher Dosierung ein? (auch Salben, Tropfen, die Pille, Nasenspray oder Tropfen u. ä.) Seit wann? Von wem wurde welches Medikament verschrieben?<br/>Bitte fügen Sie einen aktuellen Medikamentenplan bei!</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>27) Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen haben oder auf die Sie allergisch reagieren? Haben Sie eine Allergie? Besitzen Sie einen Allergiepass?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>28) Sonstige Angaben, die Sie für wesentlich halten:<br/>(Sollte der Platz auf dem Fragebogen nicht ausreichen, schreiben Sie z.B. auf der Rückseite weiter)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>29) Beginn der stationären Behandlung</b><br><br>Mit einer stationären Behandlung sollte aus Ihrer Sicht begonnen werden<br><input type="checkbox"/> möglichst sofort/so bald als möglich <input type="checkbox"/> bald <input type="checkbox"/> regulär<br><input type="checkbox"/> ab Datum<br><input type="checkbox"/> mit einer kurzfristigen Einbestellung (auch innerhalb von 24 Stunden) bin ich einverstanden, wenn dadurch die Wartezeit verkürzt wird |
| <b>30) Dauer der stationären Behandlung</b><br><br>Aus Ihrer Sicht sollte der Krankenhausaufenthalt dauern<br><input type="checkbox"/> bis 28 Tage, <input type="checkbox"/> möglichst noch länger                                                                                                                                                                                                                                                                 |

☐

Einwilligung

### **Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich,

---

---

---

(Name, Geburtsdatum, Anschrift)

Meine behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten bzw. stationären Einrichtungen, in denen ich zuvor behandelt wurde, von der Schweigepflicht gegenüber dem ärztlichen Dienst des Krankenhauses Lahnhöhe /Fachabteilung Psychosomatik.

Ferner willige ich ein, dass die Klinik Lahnhöhe, die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten darf. Dazu gehört unter anderem die **Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten** gemäß **Art. 4 Nr. 15 DSGVO** an meinen **weiterbehandelnden Arzt, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste sowie Psychotherapeuten.**

☐

Einwilligung

### **Abstinenzvertrag**

Hiermit unterzeichne ich, dass ich vor Aufnahme der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung in der Klinik Lahnhöhe darüber aufgeklärt wurde, dass ich mich während des Aufenthaltes **alkohol- und drogenabstinent** zu verhalten habe.

Bei Nichteinhaltung ist eine sofortige Entlassung die Folge.

---

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung nach *Art. 7 DSGVO* „Bedingungen für die Einwilligung“ erteile und mir das Recht vorbehalte die Einwilligung zu widerrufen

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Um den Ablauf für Sie zu erleichtern, empfehlen wir Ihnen, sich eine Kopie des Selbstauskunftsbogens anzufertigen.

Bitte lassen Sie uns den vollständig ausgefüllten Bogen zukommen

Postalisch:  
Klinik Lahnhöhe  
Clearing Psychosomatik  
Am Kurpark 1  
56112 Lahnstein

oder per Mail  
[clearing@klinik-lahnhoehe.de](mailto:clearing@klinik-lahnhoehe.de)

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe und freuen uns, Sie bald als Patient/Patientin im Medizinischen Zentrum Lahnhöhe begrüßen zu dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Clearingstelle Psychosomatik