

Angaben zur Ihrer Person:

Name: Geburtsdatum:
Anschrift:
Telefon: Fax:
Handy: Email:
Krankenversicherung: gesetzlich
 privat

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

Selbstauskunftsformular

Die wichtigsten Informationen auf einen Blick, bitte unbedingt ausfüllen:

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

Weitere wichtige Angaben:

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

5) Hat / Haben Ihnen die Therapie/n geholfen? Wenn ja, inwiefern? Wenn nicht, woran lag es Ihrer Meinung nach?					
6) Aktuelle Beschwerden	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) : _____				
7) Auswirkungen auf	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					
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				
Trifft zu	Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe/ Entspannung)	voll und ganz	meistens	selten	gar nicht
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 <ul style="list-style-type: none"> <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:
8) Fragenbogen EQ-5D-3L:
Beweglichkeit/Mobilität
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Probleme herumzugehen
<input type="checkbox"/> Ich habe einige Probleme herumzugehen
<input type="checkbox"/> Ich bin ans Bett gebunden
Für sich selbst sorgen
<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
Alltägliche Probleme (z. B. Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)
<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
Schmerzen/Körperliche Beschwerden
<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
Angst/Niedergeschlagenheit
<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
9) Wie erklären Sie sich Ihre Beschwerden, welche Ursachen sehen Sie?

<p>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:</p>
<p>18) Wie haben Sie als Kind die Beziehung Ihrer Eltern erlebt?</p>
<p>19) Bitte beschreiben Sie Ihre Beziehung zu Ihren Eltern (früher und heute):</p>
<p>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?)</p>
<p>21) Haben Sie Kinder? Wie alt sind diese? Gibt es Auffälligkeiten in deren Entwicklung oder in Ihrer Beziehung zu ihnen?</p>
<p>22) Was sind Ihre Fähigkeiten, Stärken, Talente, Leidenschaften, Hobbys, Kraftquellen? (Falls aktuell nicht zugänglich: welche waren es früher?)</p>

**27) Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen haben oder auf die Sie allergisch reagieren?
Haben Sie eine Allergie? Besitzen Sie einen Allergiepass?**

**28) Sonstige Angaben, die Sie für wesentlich halten:
(Sollte der Platz auf dem Fragebogen nicht ausreichen, schreiben Sie z.B. auf der Rückseite weiter)**

29) Beginn der stationären Behandlung

Mit einer stationären Behandlung sollte aus Ihrer Sicht begonnen werden

möglichst sofort/so bald als möglich bald regulär

ab Datum

mit einer kurzfristigen Einbestellung (auch innerhalb von 24 Stunden) bin ich einverstanden, wenn dadurch die Wartezeit verkürzt wird

30) Dauer der stationären Behandlung

Aus Ihrer Sicht sollte der Krankenhausaufenthalt dauern

bis 28 Tage, möglichst noch länger

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Einwilligung

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.**

Abstinenzvertrag

Einwilligung

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum, Unterschrift

Um den Ablauf für Sie zu erleichtern, empfehlen wir Ihnen,
sich eine Kopie des Selbstauskunftsboogens 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

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