

SELBSTBERICHT

Herr Frau divers

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ **Alter:** _____

Straße _____

PLZ + Wohnort _____

Telefon/Mobil _____

E-Mail _____

Datum _____

Gesetzlich krankenversichert: Versicherung: _____

Privat zusatzkrankenversichert: Versicherung: _____

Zweibett-/Einbettzimmer-Zuschlag Wahlleistung Ärzt*in Krankenhaustagegeld

Privat krankenversichert: Versicherung: _____

100 % Allgemeine Krankenhausleistungen 100 % Wahlleistung Ärzt*in

100 % Zwei-Bettzimmer-Zuschlag 100 % Ein-Bett-Zimmer-Zuschlag

Beihilfeberechtigt: _____% zzgl. 22€/Monat Beihilfebeitrag für Wahlleistung

Dieser Fragebogen dient zur Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Um herauszufinden, ob wir Ihnen in der Sonnenberg Klinik ein geeignetes Behandlungsangebot machen können bzw. welche unserer Abteilungen hierfür in Frage kommen, führen wir in aller Regel ein Vorgespräch mit Ihnen. Aufgrund unserer baulichen Gegebenheiten können wir zum jetzigen Zeitpunkt leider nur Patient*innen bis zu einem Körpergewicht von max. 130 Kilogramm aufnehmen. Fragen zum stationären Aufenthalt beantwortet Ihnen auch gerne das Aufnahmesekretariat (Tel. 0711.6781-700). Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Ein Unternehmen des ZfP Südwürttemberg

Sonnenberg Klinik gGmbH
Christian-Belser-Straße 79
70597 Stuttgart

Tel. 0711-6781-0
Fax 0711-6781-138
info@sonnenbergklinik.de
www.sonnenbergklinik.de

Geschäftsführer
Dr. med. Holger Salge
Dieter Haug
Amtsgericht Stuttgart HRB 21193

BW-Bank Stuttgart
IBAN DE14600501010002321402
BIC SOLADEST600

1. Beschwerden

Welche Beschwerden und Probleme führen Sie zu uns? Bitte nennen Sie in Stichworten Ihre Hauptleiden und fügen Sie an, seit wann bzw. seit wie vielen Jahren diese bestehen. (Für eine ausführliche Schilderung Ihrer Beschwerden und Probleme steht Ihnen das letzte Blatt dieses Fragebogens zur Verfügung)

Beschwerden: _____ seit (Jahr) _____

2. Wie ist Ihr aktueller Familienstand? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- ledig
- verheiratet seit _____
- verwitwet seit _____
- geschieden seit _____
- getrennt lebend seit _____
- wieder verheiratet seit _____

3. In welcher partnerschaftlichen Situation leben Sie?

- kurzfristig kein*e Partner*in
- langfristig/dauerhaft kein*e Partner*in
- wechselnde*r Partner*innen
- feste*r Partner*in (Ehepartner*in) Alter (Partner*in): _____
- feste*r Partner*in (nicht Ehepartner*in) Alter (Partner*in): _____

4. Haben Sie Kinder?

- nein ja

Wenn ja, geben Sie bitte den Vornamen, das Geschlecht und das Geburtsdatum Ihrer Kinder an.

Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum
---------	------------	--------------

5. Freizeit: Welche Interessen, z.B. Hobbies, Verein usw. haben Sie?

6. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- noch in der Schule
- ohne Schulabschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss / Mittlere Reife / polytechn. Oberschule
- Abitur / Fachhochschulreife
- sonstiger Abschluss:

7. Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?

- berufstätig, Vollzeit
- berufstätig, Teilzeit
- berufstätig, gelegentlich
- mithelfende*r Familienangehörige*r, nicht berufstätig
- Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
- Ausbildung / Studium
- Freiwilliger Wehrdienst / Freiwilliges Soziales Jahr
- geschützt beschäftigt
- arbeitslos gemeldet
- Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer auf Zeit
- Frührente / Altersrente / Pension
- Witwen- / Witwer-Rente
- anderweitig ohne berufliche Beschäftigung
- unbekannt / unklar

8. Derzeit ausgeübter Beruf:

9. Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben? ja, seit _____ nein

10. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? ja nein

11. Liegen Besonderheiten vor (z. B. Pflegegrad)? ja nein

12. Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer, psychiatrischer oder nervenfachärztlicher Behandlung? Bitte veranlassen Sie im Falle früher stattgefundenener (teil-)stationärer Behandlungen eine Übersendung entsprechender Entlassberichte an uns (Bitte nur Kopien!).

wann?

Behandlungsart?

wo? bei wem?

Sollten Sie bereits einmal Patient*in in der Sonnenberg Klinik gewesen sein, bitten wir Sie, hier mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zu erklären, dass zur näheren Abklärung der Indikation einer erneuten Behandlung auch Berichte zu früheren hiesigen Behandlungen herangezogen werden.

Unterschrift:

13. Bei welchen Ärzt*innen/Therapeut*innen sind Sie zurzeit in Behandlung?

Bitte veranlassen Sie, dass Ihre Behandler*innen uns eine kurze Einschätzung Ihrer Erkrankung zukommen lassen. Wenn Sie bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung sind, dann benötigen wir von dieser*m ebenfalls eine kurze schriftliche Einschätzung, warum ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist.

→ **Schriftliche Einschätzung (Ärzt*in/Therapeut*in)**

(Besprechung der Anmeldung erst bei Vorliegen der ärztlich/therapeutischen Einschätzung!)

liegt bei

wird nachgereicht

14. Welche Erkrankungen, Operationen, Unfälle, Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlungen hatten Sie?

Jahr

Art der Erkrankung

Aufenthaltsort

15. Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

- nein ja

Wenn ja, welche?

Name	Dosierung	täglich	gelegentlich	Wochen	Monate	Jahre
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

16. Hier haben Sie Platz für eine ausführliche Schilderung Ihrer Beschwerden und Probleme