

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich für eine Behandlung im Zentrum für Integrative Psychiatrie am Campus Kiel entschieden. Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns.

Bitte senden Sie uns schnellstmöglich den Fragebogen mit den im Anschreiben erwähnten Unterlagen zu, damit wir mit dem Aufnahmeprozess beginnen können.

Dieser Fragebogen unterstützt und erleichtert uns Ihre individuelle Diagnostik und Therapieplanung sowie Ihre bestmögliche Aufnahme.

Herzlichen Dank

Ihr Team des Belegungsmanagements

Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH
Belegungsmanagement
Niemannsweg 147
24105 Kiel

E-Mail: belegungsmanagement.zip.kiel@uksh.de

Fax: 0431 500-19998550

1. Angaben zur Person

Herr Frau divers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße : _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Ich war bereits im Zentrum für Integrative Psychiatrie in Behandlung:

nein ja Wenn _____ ja, _____ wann: _____

2. Angehörige/r /Vertrauensperson

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Patient: _____
tum: _____

Geb.

Da-

3. Gesetzliche/r Betreuer*in

Name, Vorname: _____

Straße : _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

- Eine Kopie der Patientenvollmacht liegt bei
- Eine Kopie der Vorsorgevollmacht liegt bei
- Eine Kopie des Betreuerausweises liegt bei

4. Krankenversicherung

Name der Krankenkasse/Beihilfestelle: _____

Versicherungs-/Beihilfenummer: _____

Versicherungstarif bei privater Krankenvoll- oder Zusatzversicherung:

- Private KV Zusatzversicherung Selbstzahler Beihilfe

1-Bett-Zi. (_____ %), **2-Bett-Zi.** (_____ %), **Allg. Krankenhausleistung** (_____ %)

- Eine Kopie der Krankenversicherungskarte liegt bei (falls vorhanden)

5. Hausarzt

Name / Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

6. Einweisender/überweisender Therapeut/Arzt

Name, Vorname: _____

Arzt/Therapeut*in: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

- Vorbefund(e) Arztbrief(e) Einweisungsschein (liegt bei)

Art der Behandlung: vollstationär teilstationär ambulant

Patient: _____
tum: _____

Geb.

Da-

7. allgemeine Anamnese

Gewicht: _____

Größe: _____

Pflegegrad nein ja, welcher _____

Behinderung nein ja, körperliche Einschränkungen? _____

Sind Sie derzeit in ambulanter psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung? Wenn ja, was ist der Grund dafür?

Waren Sie früher in ambulanter psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?
Wenn ja:

Name und Anschrift des Vorbehandlers: _____

Dauer der Behandlung: _____

Waren Sie bereits stationär in psychosomatischen oder psychiatrischen Kliniken? Wenn ja, tragen Sie dies bitte in folgende Tabelle ein:

Jahr	Art der Klinik	Dauer des Aufenthalts	Behandlungsgrund

Welche größeren Operationen hatten Sie bisher?

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit? Medikationsplan vorhanden (liegt bei)

Medikament	mg/ml	Morgens-Mittags-Abends-Nachts
Bedarfsmedikation:		

Patient: _____ Geb. _____ Da-
tum: _____

Welche Vorerkrankungen/Unverträglichkeiten haben Sie?

Ernährung: vegan vegetarisch weitere: _____

8. Erklärung

Ich bin damit **einverstanden, dass meine Daten im System des Zentrums für integrative Psychiatrie ZIP gGmbH verarbeitet und zum Zweck der Behandlung gespeichert werden** dürfen. Ich habe die entsprechenden **Informationen zu Datenverarbeitung und Datenschutz für Patienten** gelesen, die diesem Schreiben beilag.

Hinweis zum Recht auf Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich das Einverständnis freiwillig abgebe und dieses von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich teilweise oder insgesamt widerrufen werden kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht berührt.

Datum, Unterschrift

Ich habe den Fragebogen sorgfältig gelesen und wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Datum, Unterschrift