

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 Selbstanmelder** und den **Fragebogen Allgemeiner Aufnahme-/ Anmeldefragebogen für Patienten**, damit wir Ihren Aufnahmewunsch prüfen können.

Dieser Fragebogen unterstützt und erleichtert uns Ihre individuelle Diagnostik und Therapieeinschätzung.

Nach Prüfung Ihres Aufnahmewunsches erhalten Sie von uns eine schriftliche Rückmeldung.

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 500-98534

1. Angaben zur Person

Herr Frau divers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße : _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer (tagsüber): _____

E-Mail: _____

Patient war bereits im Zentrum für Integrative Psychiatrie in Behandlung:

nein ja Wenn ja, wann: _____

2. allgemeine Anamnese

Gewicht: _____

Größe: _____

Pflegegrad nein ja, welcher _____

Behinderung nein ja, körperliche Einschränkungen? _____

3. Screeningfragen

Wer hat die Behandlung im Zentrum für Integrative Psychiatrie in die Wege geleitet? Wurden Sie von einem Arzt/Ärztin eingewiesen oder hat Ihnen jemand die Aufnahme empfohlen?

Patient: _____ **Geb. Datum:** _____

Welches sind Ihre aktuellen Hauptbeschwerden, mit denen Sie zu uns in die Klinik kommen?

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sich diese entwickelt?

Hatten Sie schon einmal den Gedanken, sich das Leben zu nehmen?

nein ja Wenn ja, wann: _____

Haben Sie bisher Selbstmordversuche unternommen? Wenn ja, wann und wie?

nein ja Wenn ja, wann und wie: _____

Gab es Zeiten in denen Sie Probleme mit dem Essen hatten? Wenn ja, wann, in welcher Form?

nein ja Wenn ja, wann, in welcher Form: _____

Gab es Zeiten, in denen Ihr Alkoholkonsum erhöht war oder Sie Drogen konsumiert haben?

nein ja Wenn ja, wann waren solche Zeiten, wie lange dauerten sie an und

ggf. welche Drogen konsumierten Sie? _____

Wie lange ist Ihr durchschnittlicher Computer-/Internetgebrauch pro Tag?

4. Erklärung zur Anmeldung (vom Patienten zu unterschreiben)

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 beilieg.

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