

# A N M E L D E B O G E N

Simssee Klinik GmbH  
Ströbinger Straße 18a  
83093 Bad Endorf  
Deutschland

**Simssee Klinik GmbH**  
**Psychosomatische Abteilung**  
**Ströbinger Str. 18 a**  
**83093 Bad Endorf**

Tel. +49 (8053) 200-506  
Fax +49 (8053) 200-509  
sek.psychosomatik@simssee-klinik.de  
www.simssee-klinik.de

**Michael Krüger**  
FA für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie  
FA für Psychiatrie und Psychotherapie  
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Chefarzt der Psychosomatischen Abteilung

*Dieser Bericht wird vertraulich behandelt.  
Bitte nehmen Sie sich Zeit um nachstehende Fragen möglichst genau und vollständig zu beantworten.*

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon:

\_\_\_\_\_  
ggf. Tel. tagsüber:

\_\_\_\_\_  
Handy-Nr.:

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers	Vers. Nr.
Gesetzliche Krankenkasse		
Private Kranken- oder Zusatzversicherung		
Beihilfestelle (bei Beihilfeberechtigten Pers.)		
Kostenzusage liegt bereits vor von folgenden Stellen:	<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Beihilfestelle

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel  
Registergericht Traunstein: HRB Nr. 15162



**Ich möchte folgende Wahlleistungen in Anspruch nehmen:**

(In unserer Abteilung gibt es ausschließlich Einbettzimmer die gegenüber der Krankenkasse als Zweibettzimmer abgerechnet werden.

Die nachfolgenden Leistungen beziehen sich auf reine WAHLLLEISTUNGEN die Sie z. B. als Selbstzahler oder durch eine private Versicherung abdecken können aber nicht müssen)

- Privatärztliche Behandlung** mit gesonderter Liquidation nach GOÄ
- PRIMA - Wohlfühlpaket:**  
Zimmerunabhängig, Fernsehgerät, Telefonflatrate ohne Grundgebühr, Tageszeitung nach Wahl, Bademantel, Saunahandtuch/Badetuch, Haarfön, Ein Saunabesuch pro Woche in den Chiemgau Thermen (nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt), Zweimal pro Woche ein Obststeller auf dem Zimmer, Einmal pro Tag eine Flasche Saft (0,2 Liter) nach Wahl auf dem Zimmer, Zwei Gutscheine pro Woche für Kaffee + Kuchen in unserer Cafeteria **Aufpreis: 18,00 Euro/Tag**
- PRIMA - Komfortzimmer:**  
Zimmer zur Südseite, mit Balkon, Fernsehgerät, Kühlschrank, Tageszeitung nach Wahl, Autostellplatz, Telefonflatrate ohne Grundgebühr, Blumen zur Begrüßung, je 2 Hand- und Badetücher (tgl. Wechsel), Bademantel (wöchentl. Wechsel), 1 Gutschein pro Woche für Kaffee + Kuchen in unserer Cafeteria **Aufpreis: 31,00 Euro/Tag**
- PRIMA – Komfortzimmer Superior:** (greift nur bei Tarifversicherung 100% Einbettzimmer)  
Zimmer zur Südseite im separater Lounge-Bereich, Fernsehgerät, Kühlschrank, Tageszeitung nach Wahl, Autostellplatz, Telefonflatrate ohne Grundgebühr, Blumen zur Begrüßung, je 2 Hand- und Badetücher (tgl. Wechsel), Bademantel (wöchentl. Wechsel), 1 Gutschein pro Woche für Kaffee + Kuchen in unserer Cafeteria, erweiterte Komponentenauswahl bei den Mahlzeiten, Zimmersafe, Wasser, verschiedene Säfte und Kaffeesorten mit Gebäck im Lounge-Bereich, Obst nach Saison im Lounge-Bereich, Umhängetasche, Pflegeprodukte, Schuhputzset, persönliche Betreuung aus dem Patientenservice, kostenloser WLAN-Zugang in den ausgewiesenen Bereichen der Klinik **Aufpreis: 55,00 Euro/Tag**

**Terminangaben:**

Die Aufnahme ist dringend und ich kann innerhalb 24 – 48 Std. anreisen.  Ja  Nein

Ich benötige mindestens 4 Tage Vorlaufzeit zur Aufnahme.  Ja  Nein

Die Aufnahme kann erst ab dem ..... aus folgendem Grund erfolgen: .....

**Ich bin krankgeschrieben seit:** .....

**Beziehen Sie Rente bzw. läuft ein Rentenverfahren?** .....

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel  
Registergericht Traunstein: HRB Nr. 15162

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juli\_2018



**Wer ist der zuweisende Arzt?**

Hausarzt       Nervenarzt       Psychotherapeut      (Name, Adresse, Telefon):

.....

.....

**Weitere behandelnde Ärzte:**

Hausarzt       Nervenarzt       Sonstiger Arzt      (Name, Adresse, Telefon):

.....

.....

.....

**Psychotherapeut** (Name, Adresse, Telefon):

.....

.....

**Befinden Sie sich **aktuell** oder **befanden** Sie sich früher in **ambulanter psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung?****

nein       ja

Wenn ja: Bitte geben Sie Name, Adresse und Telefonnummer Ihrer Behandler an und erteilen uns durch Ihre Unterschrift eine Schweigepflichtentbindung für evtl. Nachfragen bei den Vorbehandlern.

.....

.....

**Ich entbinde o. g. Ärzte/Therapeuten/Kliniken von der ärztlichen Schweigepflicht:**

**Datum und Unterschrift:**

Befanden Sie sich schon in **stationärer psychiatrischer** bzw. **psychosomatischer Behandlung?**

nein  ja

Wenn ja: Bitte geben Sie Klinik und Zeitraum der Behandlung an und fügen die entsprechenden Entlassungsbriefe bei bzw. veranlassen deren Übersendung an uns.

.....  
.....

**Ich entbinde o. g. Ärzte/Therapeuten/Kliniken von der ärztlichen Schweigepflicht:**

**Datum und Unterschrift:**

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Bitte geben Sie den Namen und die genaue Dosierung an.

Medikament	Dosierung	seit wann

Erhalten Sie auf ärztliche Verschreibung Cannabinoide, Opiate, Benzodiazepine?

Ja  Nein

Benötigen Sie eine Spezialmedikation für **schwerwiegende Erkrankungen** (z. B. Karzinom, HIV, Autoimmunerkrankung, Transplantation, MS, Dialyse etc.)?

.....

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel  
Registergericht Traunstein: HRB Nr. 15162

**Konsumieren Sie regelmäßig?**

**Nikotin**

**Alkohol**

**Drogen**

Wenn ja in welcher Menge?

.....

**Größe** .....

**Gewicht** .....

Benötigen Sie eine **besondere Diät** oder **Ernährungsform**?

.....

Bestehen **aktuell** Lebensmittelunverträglichkeiten oder Allergien auf Lebensmittel?

**Ja**  **Nein**

Lactose

Fructose

Sorbit

Histamin

Gluten

Sonstige  .....

Welche **Lebensmittel**, welche **Kombinationen** von Lebensmitteln oder **Inhaltsstoffe** vertragen Sie schlecht? (z.B. Konservierungsstoffe etc.)

.....

.....

Vertragen Sie **Rohkost**?

**Ja**  **Nein**

Bestehen bezüglich der besonderen Diät oder Ernährungsform eine oder mehrere der nachfolgenden Diagnosen?

**Ja**  **Nein**

Reizdarm

Morbus Crohn

Colitis ulcerosa

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus insulinpflichtig

Gicht

Fettstoffwechsel-Störungen  Bluthochdruck

Sonstige  .....

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juli\_2018



Ich leide vor allem unter **folgenden Beschwerden:**

.....

.....

.....

.....

Benötigen Sie **medizinische Hilfsmittel** (z. B. Katheter, CPAP-Maske, Rollstuhl)  
Sind Sie im Alltag auf **fremde Hilfe** angewiesen bzw. ist Ihre **Selbständigkeit**  
eingeschränkt?

.....

.....

Meine **berufliche Situation** ist:

.....

.....

.....

Meine **private Situation** ist:

.....

.....

.....

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juli\_2018



Wie sind Sie **aufgewachsen**? (Beschreiben Sie bitte die Atmosphäre im Elternhaus)

.....

.....

.....

Wie wichtig ist es für Sie, dass die folgenden **Problembereiche in der Behandlung berücksichtigt** werden? Bitte kreuzen Sie je nach Wichtigkeit die einzelnen Punkte an.

		weniger		sehr	
	unwichtig	wichtig	wichtig	wichtig	vordringlich
<b>Niedergedrückte Stimmung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Berufliche Leistungsfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Umgang mit Stress/Anspannung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Finanzielle Sorgen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Körperliche Beschwerden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schmerzen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Partnerschaft/Ehe*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Familie/Angehörige*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ängste**</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zwangsgedanken/-handlungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Sollten Probleme in der Partnerschaft/Familie vordringlich sein würde Ihr PartnerIn/Familienangehörige für Partner-/Familiengespräche in der Klinik zur Verfügung stehen? Ja  Nein

\*\* Sollten Ängste sehr wichtig oder vordringlich sein, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten

- **Passiert es Ihnen häufiger, dass Sie plötzlich und spontan starke Angst verspüren, ohne dass Sie eine echte Bedrohung ausmachen können oder dass es einen erkennbaren Auslöser gibt?** Ja  Nein
- **Vermeiden Sie es, alleine bestimmte Orte oder Situationen wie z. B. Menschenmengen, Kaufhäuser, offene Plätze, Reisen aufzusuchen oder sich weiter von zuhause zu entfernen? Oder haben Sie davor große Angst und suchen solche Situationen nur in Begleitung auf?** Ja  Nein
- **Machen Ihnen Situationen, in denen Sie im Mittelpunkt stehen und von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten, wie z. B. öffentliches Sprechen, Treffen mit anderen, Gespräche auf Partys oder essen in der Öffentlichkeit, Angst?** Ja  Nein
- **Machen Sie sich häufig starke (unangemessene) Sorgen über die eigene Sicherheit, die Unversehrtheit Ihrer Familie, Ihren Beruf, Ihre Finanzen oder ähnliches?** Ja  Nein

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel  
 Registergericht Traunstein: HRB Nr. 15162

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juli\_2018



Welche **Ziele** möchten Sie durch den stationären Aufenthalt erreichen?

**Was soll sich ändern?**

.....

.....

.....

**Datum/Unterschrift:**.....

*Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen*

**Bitte vorhandene Kostenzusagen und Arztberichte/Therapeutenberichte  
der Anmeldung beilegen!**