



# ANMELDEBOGEN ZUR WIEDERAUFNAHME

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

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Michael Krüger  
Chefarzt  
FA für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie  
FA für Psychiatrie und Psychotherapie  
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

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

Simssee Klinik GmbH  
Ströbinger Straße 18 a  
83093 Bad Endorf  
www.simssee-klinik.de

Die Angaben dieses Fragebogens sind ausschließlich für die Behandlung bestimmt und werden streng vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie die Fragen so zutreffend wie möglich (bitte in Druckschrift).

\_\_\_\_\_  
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 WAHLEISTUNGEN 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 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 mit separaten 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 **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: .....

**Der letzte Aufenthalt in der Simssee Klinik/Klinik St. Irmingard war** vom ..... bis .....

**Mein zuständiger Einzeltherapeut war:** ..... **Team** .....

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



**Wer ist der zuweisende Arzt?**

Hausarzt       Nervenarzt       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 zwischenzeitlich 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:**



## Persönlicher Bericht für die Wiederaufnahme

1. Bitte beschreiben Sie Ihre wichtigsten Beschwerden und Probleme, aufgrund derer Sie wieder eine Behandlung in der Simssee Klinik wünschen.

.....

.....

.....

2. Wie haben sich Ihre Beschwerden oder Probleme seit Ihrer Entlassung entwickelt?

.....

.....

.....

3. Wie hat sich die letzte stationäre Behandlung auf Ihre Beschwerden und Ihr Leben ausgewirkt?

.....

.....

.....

4. Welche Therapiemaßnahmen waren für Sie beim letzten stationären Aufenthalt besonders hilfreich?

.....

.....

.....



5. Welche wichtigen privaten und beruflichen Veränderungen und Ereignisse hat es in Ihrem Leben seit dem letzten Aufenthalt gegeben?

.....

.....

.....

6. Befanden Sie sich seit der letzten stationären Behandlung in einer schweren seelischen Krise?

nein  ja von ..... bis .....

Auslöser hierfür war: .....

7. Gab es dabei Gedanken, sich das Leben zu nehmen?

nein  ja

Auslöser hierfür war: .....

8. Kam es seit der letzten stationären Behandlung zu selbstschädigendem Verhalten?

nein  ja

in Form von .....

9. Nehmen Sie zurzeit Drogen?

nein  ja nämlich ..... wie oft/wie viel .....

10. Trinken Sie zurzeit Alkohol?

nein  ja nämlich ..... wie oft/wie viel .....

**11. 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, Morphine oder Benzodiazepine? Ja  Nein

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

.....

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

(Wir können vegetarische, aber keine reine und ausschließlich vegane Ernährungsform anbieten)

.....

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

Crohn-Erkrankung

Colitis ulcerosa

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus insulinpflichtig

Gicht

Fettstoffwechsel-Störungen

Bluthochdruck

Sonstige  .....

**Größe** .....

**Gewicht** .....

**13. Was sollte sich für Sie durch die Behandlung in der Simssee Klinik ändern?**

**Bitte nennen Sie drei konkrete Ziele, die Sie erreichen möchten?**

1. ....

2. ....

3. ....

**Datum und Unterschrift:** .....

*Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!*

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

**Bitte beachten Sie:**

- Eine Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres ist nur in Ausnahmefällen möglich
- Nach vier Aufhalten wird eine erneute Anmeldung der Einzelfallprüfung unterzogen
- Wir können aus organisatorischen Gründen auf keine Zimmerwünsche eingehen
- Wir können ein Südzimmer nur bei Wahlleistung Komfortzimmer garantieren

