

ANMELDEBOGEN

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Leitung der Psychosomatik

Simssee Klinik GmbH

Ströbinger Straße 18 a

83093 Bad Endorf

Michael Krüger
Dr. Sven Glanz
Chefärzte

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

Dieser Bericht wird vertraulich behandelt. Bitte nehmen Sie sich Zeit, um nachstehende Fragen möglichst genau und vollständig zu beantworten. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die Nennung der Geschlechter verzichtet. Bitte die KONTAKTDATEN in Druckbuchstaben gut leserlich schreiben.

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon ggf. Telefon tagsüber

Handy-Nr. E-Mail
unbedingt erforderlich

Kontakt Angehöriger Name Handy-Nr.

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers	Vers.-Nr.
Gesetzliche Krankenkasse (keine Kostenzusage erforderlich)		
Private Kranken- oder Zusatzversicherung		
Beihilfestelle (bei beihilfe- berechtigten Personen)		
Kostenzusage liegt bereits vor von folgenden Stellen:	☐ private Krankenversicherung ☐ Beihilfestelle ☐ private Zusatzversicherung	

Terminangaben

Anreise innerhalb 24/48 Std. möglich ☐ ja ☐ nein Info 4 bis 7 Tage vor Anreise nötig ☐ ja ☐ nein

Aufnahme nach Vorlaufzeit sofort möglich ☐ ja ☐ nein

Die Aufnahme kann erst erfolgen ab:

Grund
(z. B. bereits gebuchte Arzttermine, Urlaub etc.)

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha





Wiederaufnahme in die Simssee Klinik

(gleiches Prozedere wie bei Erstaufnahme)

Der letzte Aufenthalt in der Simssee Klinik war vom bis

Mein zuständiger Einzeltherapeut war: Team

Wer sind Ihre behandelnden Ärzte?

Wer ist Zuweiser?

Bitte geben Sie Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse an.

.....

.....

.....

Weitere behandelnde Ärzte

☐ Hausarzt

Bitte geben Sie Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse an.

.....

.....

Befinden Sie sich **aktuell** in ambulanter fachärztlicher Behandlung?

☐ Psychiater/Neurologe ☐ Orthopäde ☐ sonstiger Facharzt

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Bitte geben Sie Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse an.

.....

.....

.....

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha





Befinden Sie sich **aktuell in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung?**

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Bitte geben Sie Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse an. Bitte entbinden Sie Ihren Therapeuten im Vorfeld von der Schweigepflicht uns gegenüber.

.....

.....

Wenn nein, warum?

Telefonische Erreichbarkeit Ihres Therapeuten:

☐ Tiefenpsychologie ☐ Verhaltenstherapie ☐ Systemische Therapie ☐ anderes Verfahren

Wie häufig sind Ihre Termine geregelt: ☐ einmal pro Woche ☐ 14-tägig ☐ einmal pro Monat

Wann haben Sie die Psychotherapie begonnen?

Wie viele Stunden sind noch genehmigt?

Wie erfolgreich war die bisherige ambulante Psychotherapie Ihrer Einschätzung nach?

.....

.....

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.

.....

.....

.....

Schweigepflichtsentbindung: Hiermit entbinde ich die vorgenannten Ärzte, Therapeuten, Kliniken sowie die Ärzte und Therapeuten der psychosomatischen Abteilung der Simssee Klinik von der ärztlichen Schweigepflicht für behandlungsbezogene Nachfragen und Befundanforderungen.

Datum und Unterschrift: **X**

Wenn Sie sich gegenwärtig nicht in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befinden, benötigen wir ein Attest eines Psychiaters, eines Facharztes für Psychosomatische Medizin oder eines psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten, aus dem hervorgeht, dass die stationäre psychosomatische Behandlung auch ohne vorherige ambulante, psychotherapeutische Behandlung dringend erforderlich ist.

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha



Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl





Erkrankungen, Operationen, Unfälle

Frühere Operationen (bitte mit Angabe des Jahres oder Lebensjahres, ggf. welche Körperhälfte betroffen war)

.....

.....

.....

- ☐ Zuckerkrankheit mit ☐ Diät ☐ Tabletten ☐ Insulin behandelt
- ☐ Infektionserkrankungen (z. B. TBC, HIV, HEP)
- ☐ Rheumatische Erkrankung
- ☐ Asthma
- ☐ Thrombose
- ☐ Lungenembolie
- ☐ Herzerkrankung
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Schlaganfall
- ☐ hoher Blutdruck
- ☐ Fettstoffwechselstörung (erhöhtes Cholesterin)
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ Tumorerkrankung (aktuell oder in der Vorgeschichte)
- ☐ Unfälle/Verletzungen
- ☐ Sonstige Erkrankungen
- ☐ muskuloskelettale Erkrankungen:
- > Wirbelsäule und Gelenke:

Vegetative Anamnese:

- Schlaf: ☐ gut ☐ Einschlafstörung ☐ Durchschlafstörung
- Appetit: ☐ gut ☐ mäßig ☐ gar nicht
- Gewichtsveränderung: ☐ keine ☐ zugenommen kg ☐ abgenommen kg, Zeitraum
- Trinkmenge: Liter pro Tag (alle Flüssigkeiten)

Größe: Gewicht: kg

Aus versicherungsrechtlichen Gründen können wir nur Patienten bis zu einem Höchstgewicht von 130 kg aufnehmen.

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha





Welche **Medikamente** nehmen Sie **zurzeit** ein?

Bitte geben Sie den Namen und die genaue Dosierung an.

Medikament	Dosierung	seit wann

Bitte legen Sie dieser Anmeldung einen **bundeseinheitlichen Medikationsplan** bei.
Diesen erhalten Sie in der aktuellsten Fassung bei Ihrem behandelnden Arzt.

Erhalten Sie auf **ärztliche Verschreibung** Cannabinoide, Opiate, Benzodiazepine?

☐ nein ☐ ja ☐ nur im Notfall

Wenn Sie eine **Spezialmedikation für schwerwiegende Erkrankungen** benötigen,
bringen Sie diese bitte für die Dauer Ihres Aufenthaltes mit.

(z. B. Karzinom, HIV, Autoimmunerkrankung, Transplantation, MS, Dialyse etc.)

Welche?

.....

.....

Konsumieren Sie regelmäßig?

Nikotin Alkohol Drogen ☐ andere Süchte,
auch nicht-stoffgebunden, z. B. Medien

☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, in **welcher Form** und in **welcher Menge**?

.....

.....

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha





Gibt es andere **schädliche Verhaltensweisen**, mit denen Sie sich stabilisieren?
(Essattacken, Selbstverletzung, pathologisches Spielen, übermäßiger Medienkonsum, andere Süchte)

☐ nein ☐ ja, wann zuletzt:

Wenn ja, welche?

.....

Haben Sie schon einmal daran **gedacht**, sich **das Leben zu nehmen**?

☐ nein ☐ ja, wann zuletzt:

Grund:

Haben Sie schon einmal **versucht**, sich **das Leben zu nehmen**?

☐ nein ☐ ja, wann zuletzt:

Grund:



Ernährung und ernährungsbezogene Erkrankungen

In unserer Klinik bieten wir folgende Standardkostformen an:

Vollkost, leichte Vollkost sowie vegetarische Kost

Nach ärztlicher Verordnung und in Absprache mit der Ernährungsberatung können ebenfalls folgende Sonderkostformen zur Verfügung gestellt werden:

- glutenfreie Kost
- lactosearme Kost
- Reduktionskost
- hochkalorische Kost
- weiche Kost
- passierte Kost

Wir bitten um Ihr Verständnis: Darüber hinaus gehende Allergien und Nahrungsmittel-unverträglichkeiten sowie vegane Kost können wir **nicht** berücksichtigen.

Benötigen Sie eine der oben genannten Kostformen?

☐ nein ☐ ja, und zwar

Benötigen Sie **medizinische Hilfsmittel** (z. B. Katheter, CPAP-Maske, Rollstuhl)?

☐ nein ☐ ja, und zwar

Sind Sie im Alltag auf **fremde Hilfe** angewiesen bzw. ist Ihre **Selbständigkeit** eingeschränkt? Kann es zu Problemen bei der **alleinigen Orientierung** in den örtlichen Begebenheiten kommen?

.....

Liegt eine **Seh- oder Hörminderung** vor, so dass eine Teilnahme an Gruppengesprächen beeinträchtigt sein könnte?

☐ nein ☐ ja

Zentraler Bestandteil unseres therapeutischen Angebotes ist die Gruppenpsychotherapie. Sind Sie bereit und in der Lage aktiv daran teilzunehmen?

☐ ja ☐ nein



Angaben zu den Eltern, Geschwistern, Familienleben

Beschreiben Sie Ihre **Beziehung** zu Ihrer **Mutter**:

.....

.....

.....

Beschreiben Sie Ihre **Beziehung** zu Ihrem **Vater**:

.....

.....

.....

Beschreiben Sie Ihre **Beziehung** zu Ihren **Geschwistern**:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

Schule und Berufstätigkeit

Welche **Schulen** haben Sie besucht?

.....

.....

Welchen **Beruf/Tätigkeit** haben Sie **ausgeübt** oder **üben** Sie **zur Zeit** aus?

Meine **berufliche Situation** ist:

.....

.....

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha





Ich bin krankgeschrieben ☐ nein ☐ ja, seit

Beabsichtigen Sie, einen **Renten-Antrag** oder einen Antrag auf **Renten-Änderung** zu stellen?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie einen **Rentenantrag** oder Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?

☐ nein ☐ ja

wenn ja, wegen am

Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden? ☐ ja ☐ nein

Befindet sich derzeit ein Rentenantrag im **Widerspruchsverfahren**? ☐ ja ☐ nein

Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, auf Zeit ☐ bis wann:

endgültig ☐ seit wann:

wenn ja, Berentung welcher Art und aus welchen Gründen?

.....

.....

Bitte beachten: Haben Sie derzeit ein laufendes Verfahren zur Rente, ist eine Aufnahme in unserer Klinik nicht möglich. Bitte melden Sie sich erst nach Abschluss des Verfahrens in unserer Klinik an.

Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung**? (GdB) ☐ nein ☐ ja wenn ja, wie hoch ist der GdB? %

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ☐ nein ☐ ja Grund:

Betreuung: ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

Betreuer:

Telefon:

Bei Ja: Bitte legen Sie eine Kopie der Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung dieser Anmeldung bei.

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha





Ehe, Heirat, Partnerschaft

Befinden Sie sich in einer Partnerschaft? ☐ nein ☐ ja

Sind Sie alleinlebend? ☐ nein ☐ ja

Wie würden Sie die **Qualität** und **Atmosphäre** Ihrer **jetzigen Beziehung** (Ehe oder Partnerschaft, bzw. der letzten für Sie wichtigen Beziehung) beschreiben?

.....

.....

.....

Haben Sie Kinder? ☐ nein ☐ ja, wie viele? Alter:

Leben Sie mit ihren Kindern zusammen? ☐ nein ☐ ja

Wie würden Sie die **Beziehung zu Ihren Kindern** beschreiben?

.....

.....

.....

Haben Sie den **Wunsch nach Veränderungen** in **Familie/Beziehung**? ☐ nein ☐ ja

.....

.....

.....

Meine **private Situation** ist:

.....

.....

.....

.....

.....

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha





Wohnsituation

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation:

.....

.....

.....

Konfliktverhalten

Bestehen **besondere Schwierigkeiten** in Ihrem Umfeld?

.....

.....

.....

In welchen **Lebensbereichen** sehen Sie **dringenden Veränderungsbedarf**?

.....

.....

.....

Was sind Ihre **psychischen Beschwerden** und **seit wann** bestehen diese?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha





Wie wichtig ist es für Sie, dass die folgenden **Problem Bereiche in der Behandlung berücksichtigt** werden?

Bitte setzen Sie das Kreuzchen so, dass wir die für Sie (aktuell) vorrangigsten Beschwerden erkennen.

	unwichtig	weniger wichtig	wichtig	sehr wichtig	vordringlich
Niedergedrückte Stimmung	☐	☐	☐	☐	☐
Berufliche Leistungsfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Umgang mit Stress/Anspannung	☐	☐	☐	☐	☐
Finanzielle Sorgen	☐	☐	☐	☐	☐
Körperliche Beschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Partnerschaft/Ehe	☐	☐	☐	☐	☐
Familie/Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐
Ängste	☐	☐	☐	☐	☐
Zwangsgedanken/-handlungen	☐	☐	☐	☐	☐
Trauer	☐	☐	☐	☐	☐

Was sind Ihre **körperlichen Beschwerden** und **seit wann** bestehen diese?

.....

.....

.....

Worauf führen Sie Ihre **Beschwerden** zurück?

.....

.....

.....

Was denken Sie selbst über die Ursache Ihrer **körperlichen** und **psychischen Beschwerden**?

.....

.....

.....

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha





Welche **Fähigkeiten** würden Sie gerne **entwickeln**, um **besser** mit diesen **Schwierigkeiten** oder **Beschwerden** zurecht zu kommen?

.....

.....

.....

Bitte beschreiben Sie Ihr **vordringlichstes Therapieziel**. In welchen Problembereichen möchten Sie mehr Verantwortung übernehmen?

.....

.....

.....

Was möchte ich in meinem Leben verändern?

.....

.....

.....

.....

Was hindert mich daran, meine Lebensveränderung in Angriff zu nehmen?

.....

.....

.....

.....

Datum, Unterschrift: **X**

Die kompletten Unterlagen sind Voraussetzung für die Prüfung Ihrer Anmeldung und Aufnahme in unsere Klinik (Übersendung entweder per Post ODER E-Mail mit PDF-Anlage).

- **Aufnahmebogen**
- **Verordnung von Krankenhausbehandlung**
- **Entlassungsberichte/Atteste der letzten 4 Jahre bzw. relevant für den Aufenthalt**
- **Bundeseinheitlicher Medikationsplan** (diesen erhalten Sie bei Ihrem behandelnden Arzt)

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha



.....
Name, Vorname.....
Geburtsdatum**Vereinbarung bei Corona-Infektionen**

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

leider müssen wir aufgrund der immer wieder variierenden Infektionssituation mit COVID folgende Vereinbarung mit Ihnen treffen:

Zur Aufnahme benötigen wir von Ihnen die schriftliche Zusage, dass Sie im Fall einer COVID-Infektion Ihre Heimreise in Eigenverantwortung organisieren.

Im Falle einer Erkrankung, die in einem Krankenhaus behandelt werden sollte, werden wir Sie natürlich in die nächste zuständige Klinik verlegen. Nach abgeklungener Corona-Infektion werden Sie zeitnah wieder aufgenommen.

Wir als Psychosomatik können weder eine Versorgung in Quarantäne, noch eine internistische Coronabehandlung durchführen. Natürlich sind wir Ihnen bei allen Fragen rund um Ihre Heimreise behilflich.

Wir bedanken uns für Ihre Kooperation.

.....
Ort, DatumX
Unterschrift



Name, Vorname

Geburtsdatum

Dokumentierte Information und Patientenaufklärung Psychotherapie der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Simssee Klinik Bad Endorf

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Arzt/Ihre Ärztin hat Ihnen eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung vorgeschlagen, Sie haben sich zu dieser Behandlung entschieden. Bevor Sie hier einer Behandlung einwilligen, sind Sie über wichtige Umstände einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung zu informieren, damit Sie sich für oder gegen eine ärztlich psychologische Psychotherapie entscheiden können. Das Aufklärungsblatt soll Ihnen helfen das persönliche Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin, dem Psychologen/der Psychologin vorzubereiten und die wichtigsten Punkte können dokumentiert werden.

Was ist das Ziel einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung?

Ziel einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung ist – ganz allgemein – die nachhaltige Verbesserung des seelischen, geistigen und/oder körperlichen Befindens. Sie ist die Behandlung unterschiedlichster körperlicher oder seelischer Erkrankungen mit den Mitteln des Geistes.

Stationäre Psychotherapie ist:

- Krankenbehandlung bei seelisch bedingten Krankheiten, Beschwerden, Störungen
- mittels wissenschaftlich begründeter und empirisch geprüfter Verfahren und Methoden
- mit Bezug auf wissenschaftlich begründete und empirisch gesicherte Krankheits-, Behandlungs- und Heilungstheorien,
- durchgeführt nach qualifizierter Diagnostik und Differentialdiagnostik,
- mit zu Beginn formulierter und im Verlauf evaluierten Therapiezielen,
- durchgeführt von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten mit Fachqualifikation oder unter Anleitung und Supervision, mit ausgebildeten und zertifizierten Erlebnistherapeuten unterschiedlichster Ausrichtung wie Kunsttherapie, Tanztherapie, konzentrativer Bewegungstherapie und Musiktherapie, sowie unter qualifizierten und zusätzlich ausgebildeten psychosomatischen Pflegekräften,
- unter Wahrung ethischer Grundsätze und Normen.

Wie und wodurch wirkt Psychotherapie?

Psychotherapie kann kurativ (heilend), palliativ (lindernd), gesundheitsfördernd, präventiv (vorbeugend) und persönlichkeitsentwickelnd wirken. Psychotherapie wirkt durch die Förderung des emotionalen Ausdrucks, die Förderung von Einsichts- und Sinneserleben, die Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit, die Förderung der Bewusstheit, Selbstregulation, die Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen, ebenso durch die Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten sowie die Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven. Wirkfaktoren sind auch die therapeutische Beziehung, einführendes Verstehen, emotionale Annahme und Stütze durch den/die Psychotherapeuten. Weitere Wirkfaktoren sind die Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs sowie die Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke und Erfahrungen der Zusammengehörigkeit.

Wie läuft eine Psychotherapie in der Reha ab?

Im Erstkontakt schildert der/die Patient/in seine/ihre Beschwerden, dabei sollten auch seine/ihre Erwartungen und Motivationen besprochen werden. In vertiefenden Folgegesprächen werden die Krankheitsvorgeschichte, die Biographie und die Lebenssituation des Patienten erfasst, hieraus ergeben sich der psychische Befund, die Psychodynamik, die Diagnosen sowie der Therapieplan einschließlich der Therapieziele.

Nach Abschluss der Diagnostik erfolgen die therapeutischen Interventionen, manchmal unter Einbezug des Umfelds und der Lebensgeschichte des Patienten/der Patientin. In einer gemeinsamen Reflexion zwischen PatientIn und TherapeutIn wird das zuvor Bearbeitete integriert, um die Umsetzung des Erfahrenen oder Erlernten im Alltag zu fördern.

Psychotherapie kann als Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie durchgeführt werden.

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha





Wann wird Psychotherapie durchgeführt?

Bei psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen aller Altersgruppen z.B. bei:

- Depressiven Störungen, Phobien, Angst- und Zwangsstörungen mit und ohne körperlicher Begleitsymptomatik
- Funktionsstörungen des Herzens, des Magen-Darm-Traktes, der Atmung, des Urogenitalsystems oder anderer Organsysteme ohne organpathologische Erklärung
- Somatoforme Schmerzstörung (z.B. Fibromyalgie)
- Störung des Essverhaltens (Magersucht, Ess-Brechsucht, Adipositas)
- Störung der Krankheitsverarbeitung, z.B. bei Krebserkrankung, nach Transplantation, während einer Dialyse, bei anderen chronisch körperlichen Erkrankungen wie bei essentiellm Hypertonus, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale oder koronarer Herzkrankheit
- Psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne wie z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Ulcus ventriculi, Neurodermitis usw.
- Dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) wie z.B. psychogene Lähmungen, psychogene Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, psychogene Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, psychogene Krampfanfälle etc.
- Störungen der sexuellen Entwicklung und der sexuellen Identität
- Posttraumatische Belastungsstörungen wie psychische und psychosomatische Störungen nach Unfällen, Verbrechen, sexuellem Missbrauch etc.
- Artificielle Störungen, z.B. selbstverletzendes Verhalten
- Persönlichkeitsstörungen (Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen)

In welchen Fällen reicht Psychotherapie nicht oder nur unter Vorbehalt aus?

Grenzen der psychotherapeutischen Behandlung sind dann gegeben, wenn Störungsbilder zuerst bzw. begleitend durch eine körpermedizinische Behandlung durch einen Facharzt eines anderen Fachgebietes erfordern.

Worauf sollten Sie bei Beginn einer stationären Psychotherapie achten?

Das psychotherapeutische Verfahren sollte mit seinen Methoden, Techniken und Rahmenbedingungen von dem/der PatientIn gut annehmbar sein.

Zu Beginn der Therapie bespricht der/die PsychotherapeutIn mit dem/der PatientIn die Gründe, warum stationäre Psychotherapie in Anspruch genommen wird, welche Ziele im Rahmen der stationären Psychotherapie erreicht werden sollen und woran der Therapieerfolg nach Abschluss der Behandlung gemessen werden soll. Ein von PatientInnen mitgestalteter Therapieprozess hat sich für die Gesundung als ausgesprochen hilfreich erwiesen.

Was müssen PatientInnen beachten? Rechte und Pflichten bei einer psychotherapeutischen Behandlung, besondere Hinweise (gemeint ist stationäre psychotherapeutische Behandlung):

Rechtliche Grundlage für die Psychotherapie ist ein Therapievertrag, der wie jeder Dienstleistungsvertrag eine Leistung beinhaltet, nicht aber einen Erfolg verspricht.

In der stationären Psychotherapie ist der respektvolle Umgang mit den Wünschen des/der PatientIn unabdingbar. Der/die PatientIn hat ein Recht darauf, dass der/die PsychotherapeutIn Fragen zum therapeutischen Vorgehen beantwortet.

Die an der Behandlung beteiligten PsychotherapeutInnen unterliegen den unterschiedlichen Berufsordnungen zur Einhaltung der Berufspflichten wie z.B. Weiterbildung, Aufklärung, Dokumentation, Abstinenz und Verschwiegenheit verpflichtet.

Kosten

Die Kosten stationärer Krankenhausbehandlung werden von den gesetzlichen Krankenkassen und der Beihilfe übernommen. Bei privaten Krankenversicherungen empfiehlt es sich vorab eine Kostenübernahmeerklärung anzufordern.

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha





Risiken und Nebenwirkungen von stationärer Psychotherapie

- Psychotherapie kann als finanzielle und zeitliche Belastung empfunden werden.
- Sie kann in die bisherige Lebensweise und das Beziehungsgefüge eines Menschen eingreifen.
- Es kann Phasen der Symptomverschlechterung geben.
- Es können Phasen von Selbstüberschätzung und/oder Selbstzweifel eintreten.
- Partnerschaftliche, familiäre und freundschaftliche Beziehungen können sich verändern, verbessern oder verschlechtern.
- Berufliche Veränderungen positiver und negativer Weise können auftreten.
- Es können in Folge der Psychotherapie Verstrickungen in den Beziehungen zum/zur PsychotherapeutIn entstehen die bearbeitet werden. Eine persönliche Beziehung zum Therapeuten ist ausgeschlossen, die psychotherapeutische Beziehung ist keine private, sondern eine bezahlte Arbeitsbeziehung.
- Wenn Sie Medikamente einnehmen ist dies dem Arzt/der Ärztin mitzuteilen, Medikamente können auf die Psychotherapie deutlichen Einfluss haben.
- Ebenso können mehrere Psychotherapien oder psychosoziale Beratungen gleichzeitig Einfluss auf die Psychotherapie haben, auch dies sollten Sie mit Ihrem ärztlichen Psychotherapeuten besprechen.

Wenn sich Veränderungen unabhängig davon, ob sie als Belastung oder als Entlastung empfunden werden, zeigen oder wenn keine Veränderung in Richtung der gestellten Therapieziele eintreten, ist es wichtig, dies offen mit dem/der PsychotherapeutIn zu besprechen und das weitere Vorgehen abzustimmen.

Die o. g. Informationen habe ich gelesen und bestätige dies mit meiner Unterschrift:

X

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Für Fragen steht Ihnen Ihr/e ärztliche oder psychologische PsychotherapeutIn zur Verfügung.

Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:

Nach erfolgter persönlicher Aufklärung bei Aufnahme:

☐ Möchte ich die mir vorgeschlagene Therapie durchführen,

☐ lehne ich die Therapie ab.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, meine Fragen zu stellen und habe die Aufklärung verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Aufklärer

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha



Ich möchte mich für folgende Wahlleistung vormerken lassen:

- ☐ **PRIMA Komfortzimmer** mit Komfortpaket
- ☐ **PRIMA Komfortzimmer SUPERIOR** mit Wohlfühlleistungen
- ☐ **PRIMA Wohlfühlpaket** (Standardzimmer mit Wohlfühlpaket)
- ☐ **Standardzimmer** ohne Zuzahlung (ohne Wahlleistung)

- ☐ **Privatärztliche Behandlung** mit gesonderter Liquidation nach GOÄ

Wichtiger Hinweis:

Wahlleistungen sind Zusatzleistungen, die je nach Tarif bei einer privaten Krankenversicherung oder privaten Krankenzusatzversicherung über die Regelleistungen hinausgehen.

Es handelt sich hierbei noch nicht um eine Wahlleistungsvereinbarung, sondern dient ausschließlich der internen Vorabinformation zur Belegungsplanung.

Die schriftliche Wahlleistungsvereinbarung erfolgt erst bei stationärer Aufnahme.

Die Rechnungsstellung bei jeglicher Wahlleistung richtet sich direkt und unmittelbar an den Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter und ist unabhängig von einer möglichen vollständigen Erstattungsleistung durch Dritte.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass für nicht in Anspruch genommene Leistungen oder individuell nicht benötigte Inhalte aus dem jeweiligen Wahlleistungspaket keine Nachlässe oder Ersatzleistungen gewährt werden können.

Pandemiebedingt bitten wir um Verständnis, dass nicht immer alle Angebote (z. B. Sauna, Thermennutzung, einzelne gastronomische Leistungen) durchgeführt werden können. Da es hier meist zu sehr kurzfristigen Entscheidungen kommt, kann dazu erst im Detail bei Aufnahme eine Auskunft gegeben werden.

Geschäftsführer: Christine Wagner, Dietolf Hämel
Registergericht Traunstein: HRB 15162
Aufsichtsratsvorsitzender: Gerhard Ertl

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha

