

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

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:	<input type="checkbox"/> private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfestelle <input type="checkbox"/> 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.

.....  
.....  
.....

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juni\_2025

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?

.....  
.....

**Befinden 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.

Zertifiziert EN ISO | Qualitätssiegel Reha

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







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 Rentenanspruch 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.

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juni\_2025

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:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juni\_2025

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

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**?

.....

.....

.....





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)

Anmeldebogen\_PSY\_Sekretariat\_Stand\_Juni\_2025

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 essentiellen 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 PatientInnen 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.





**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

