



-Anamnesefragebogen für Kinder bis 10 Jahre-

Psychotherapeutisches Zentrum
Kitzberg-Klinik
Ärztliche Leitung
c/o Belegungssekretariat
Erlenbachweg 24

97980 Bad Mergentheim

Liebe Eltern, liebe Patientin, lieber Patient,

der erste Teil dieses Anamnesebogens ist dafür geschaffen, dass Sie als Eltern uns schon vor der stationären Aufnahme über Ihr Kind informieren können. Wir möchten Sie bitten, diesen Teil des Fragebogens für jedes Kind, welches zu uns kommt, auszufüllen, also für Begleitkinder und Therapiekinder, die mit den Eltern zusammen hier in Behandlung sein werden.

Der zweite Teil des Fragebogens ist für das Kind gedacht, sofern es selbst schon lesen und schreiben kann. Falls nicht, so erklären Sie Ihrem Kind alles, was es schon verstehen kann und tragen seine Antworten ein.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich und entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht behandelt. Senden Sie den Anamnesebogen daher unmittelbar an unsere oben genannte Adresse zurück.

Eine präzise Einschätzung der Problematik von Therapiekindern wird uns durch Arzt-/ Krankenhausberichte sehr erleichtert und hilft, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Wir bitten Sie deshalb um die beigefügte Schweigepflichtsentbindung. Vorliegende Berichte legen Sie uns bitte in Kopie bei.

Die beigefügte Vollmacht ist wichtig für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Vielen Dank für Ihre / Deine Mitarbeit!

Angaben der Eltern:

1. Persönliche Angaben

Die Angaben der Eltern wurden ausgefüllt von:

Name: Geb.Dat:
Vorname: Alter:
Straße: Geb.Ort:
Wohnort: Telefon:
Email:

Über mein Kind:

Name: Geb.Dat:
Vorname: Alter: Jahre Monate
Straße: Geb.Ort:
Wohnort: Telefon:

Das Kind soll in die Klinik als Begleitkind (ohne Behandlung)
 Therapiekind (mit Behandlung)

Versicherungssituation meines Kindes (auch bei Begleitkindern ausfüllen), bitte alle Versicherungen sorgfältig ausfüllen, **auch Rentenversicherung**, weil das Aufnahmebüro diese Daten benötigt

Rentenversicherungsträger

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Gesetzliche Versicherung:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

mit Privater Zusatzversicherung:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Zusatzversicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistung Einbettzimmer Zweibettzimmer

Private Vollversicherung (100 %):

Privat-Versicherung im Basistarif bei:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Versicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistungen Einbettzimmer Zweibettzimmer

Beihilfe:

Pers.Nr.:

Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Versicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistung Einbettzimmer Zweibettzimmer

mit Privater Zusatzversicherung:

Vers.Nr.:

Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Zusatzversicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistung Einbettzimmer Zweibettzimmer

Ich bezahle folgende Zusatzleistungen selbst:

Ärztliche Wahlleistungen Einbettzimmer Zweibettzimmer

Die stationäre Psychotherapie in unserer Klinik wurde vorgeschlagen durch

Allgemeinarzt / prakt.Arzt

Psychotherapeut

Kostenträger, Leistungsträger

Psychiater / Nervenarzt

sonstiger Facharzt

Beratungsstelle

eine Klinik

ich habe die Klinik selbst ausgesucht

Name, Ort des Empfehlenden:

wichtige Informationsquellen bei meiner Entscheidung für die stationäre Psychotherapie:

Website der Klinik ehemalige Patienten sonstiges:

Hausärztliche Behandlung des Kindes durch:

Name:

Straße/Ort:

Tel.:

E-Mail:

Fax:

Fachärztliche Behandlung des Kindes durch:

Name:

Fachgebiet:

Straße/Ort:

Tel.:

E-Mail:

Fax:

Kindertherapeutische Behandlung des Kindes durch:

Name:

Fachgebiet:

Straße/ Ort:

Tel.:

E-Mail:

Fax:

2. Allgemeine psychosoziale Situation und Familie

Staatsangehörigkeit des Kindes:

- Deutsch
 andere Nationalität

Mein aktueller Familienstand (Mehrfachankreuzungen sind möglich):

der Mutter

- ledig geschieden
 verheiratet verwitwet
 getrennt lebend wieder verheiratet

des Vaters

- ledig geschieden
 verheiratet verwitwet
 getrennt lebend wieder verheiratet

Anzahl leiblicher Geschwister, Halbgeschwister, Adoptivgeschwister mit Geburtsdatum:

.....

Wer lebt mit im Haushalt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> leibliche Geschwister | <input type="checkbox"/> Anzahl |
| <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister | <input type="checkbox"/> Anzahl |
| <input type="checkbox"/> Halbgeschwister | <input type="checkbox"/> Anzahl |
| <input type="checkbox"/> Stiefmutter | <input type="checkbox"/> Stiefvater |
| <input type="checkbox"/> Pflegemutter | <input type="checkbox"/> Pflegevater |
| <input type="checkbox"/> Pflegegeschwister | <input type="checkbox"/> Anzahl |
| <input type="checkbox"/> Adoptiveltern | |
| <input type="checkbox"/> Großmutter | <input type="checkbox"/> Großvater |
| <input type="checkbox"/> mütterlicherseits | <input type="checkbox"/> mütterlicherseits |
| <input type="checkbox"/> väterlicherseits | <input type="checkbox"/> väterlicherseits |

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater andere.....

Gibt es aktuell offenen Fragen im Sorgerecht? ja nein

Wenn ja, welche?

Gab es früher oder gibt es aktuell Maßnahmen der Jugendhilfe bzw. Kontakt zum Jugendamt? ja nein

Wenn ja, wann und welche?

Mein Kind besucht folgende Schule:

- noch nicht in der Schule
 Grundschule
 Hauptschule
 Realschule / Gymnasium
 Sonderschule für

Falls das Kind momentan eine Schule besucht:

Name der Schule:

genaue Adresse:

E-Mail-Adresse:

Tel.: Fax:

welche Schulart:

welche Klasse:

Betreuer oder Klassenlehrer/ -in:

3. Zur Entwicklung des Kindes:

Körpergrößecm aktuelles Gewichtkg BMI, sofern bekannt

Nimmt das Kind Medikamente ein? Bitte geben Sie Name und Dosierung der Präparate und den Zeitraum der Einnahme an

Präparat	Dosierung	Einnahmezeitraum

Welche größeren Unfälle hatte das Kind und in welchen Jahren?.....

.....

Hatte es Operationen (welche, wann, welche Klinik)?.....

.....

Wogegen ist das Kind geimpft?

.....

.....

In welchen Kliniken war es außerdem in den letzten 5 Jahren? (bitte Zeitraum, genauer Name und Ort)

.....

Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelallergie oder Nahrungsmittelunverträglichkeit? Wenn ja, welche:

.....

.....

(Zur Information: Falls Sie aufgrund Ihrer Nahrungsmittelunverträglichkeit / -allergie während des stationären Aufenthaltes eine Sonderkost benötigen, müssen Sie bitte zum Aufnahmetermin ein Attest mit ärztlicher Diagnose vorlegen. Die Diagnose muss von einem Hausarzt, Internisten, Gastroenterologe, Allergologe oder Kinderarzt attestiert werden)

Entwicklung des Kindes:

Schwangerschaftsverlauf:

Geburtsverlauf, Geburtskomplikationen (Brutkasten, Intensivstation):

Erstes Mal gegessen:

Konnte das Kind normal krabbeln:

Wann ist es das erste Mal gelaufen:

Wann war es sauber:.....

Gab es Schwierigkeiten beim Kindergartenbesuch:

.....

Wie kommt das Kind in der Schule zurecht:

.....

Verhalten meines Kindes (bitte kreuzen Sie an, welche Hinweise auf Probleme Sie bei Ihrem Kind beobachten):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Aggression gegen Andere |
| <input type="checkbox"/> Aggression gegen sich selbst | <input type="checkbox"/> Geschwisterrivalität | <input type="checkbox"/> Streitereien |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Haare ausreißen | <input type="checkbox"/> Kopf gegen die Wand hauen |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Tagträumen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sexualisiertes Verhalten | <input type="checkbox"/> Weglaufen |
| <input type="checkbox"/> Ungehorsam | <input type="checkbox"/> Ungesundes Fernsehverhalten | <input type="checkbox"/> Ungesunder Umgang mit Computer oder Videospiele |
| <input type="checkbox"/> Zigaretten rauchen | | <input type="checkbox"/> Essstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten Freunde zu finden | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |
| | | |

Erläuterungen:

Was beobachten Sie Positives an Ihrem Kind, wo sind seine Stärken:

Gab es Erkrankungen der Eltern : Ja Nein

wenn ja, welche und wann:

.....

Gab es Krankenhausaufenthalte mit Trennung vom Kind: Ja Nein

wenn ja, wann, wo und wie lange:

.....

Angaben des Kindes

Name:

Vorname: Alter:

Worunter leidest du selbst am meisten (nicht das, was die Anderen für dein Problem halten, sondern worunter du selbst leidest)?

Verletzt du dich selbst?

Rauchst du?

Hältst du dich an Absprachen?

Wie oft lügst du?

Nimmst du Drogen?

Trinkst du Alkohol?

Wenn ja, wieviel genau pro Woche:.....

Schnüffelst du?

Mit wem streitest du am häufigsten?

Läufst du weg?

Ist in deinem Leben etwas passiert, was dich heute noch bedrückt?

Hast du Freunde, wie kommst du zurecht mit deinen Freunden?

Wie geht es dir in der Schule, ist die Schule ein Problem oder bist du gerne dort, wie kommst du mit deinen Mitschülern zurecht?

Was denkst du über dein Familienleben, wie kommst du zurecht mit Eltern, Geschwistern, evtl. Großeltern?

Habt ihr Haustiere, sind sie dir wichtig?

.....

Deine Eltern sind dafür, dass du in nächster Zeit in die Kitzberg-Klinik in Bad Mergentheim gehst. Wenn du als Begleitkind bei uns bist, dann kannst du bei uns in die Kinder- und Jugendtagesstätte gehen mit anderen Kindern zusammen, du wohnst im Zimmer mit deiner Mutter oder mit deinem Vater, manchmal auch in deinem eigenen Zimmer neben deiner Mutter oder deinem Vater. Du kannst hier auch je nach Alter in die Schule gehen. Wenn du als Therapiekind zu uns kommst, dann bist du ebenfalls in der Kinder- und Jugendtagesstätte, manchmal auch in der Schule, außerdem nimmst du an bestimmten Behandlungen teil, wie Spieltherapie, Maltherapie, Bewegungstherapie, Familientherapie, Reittherapie, Einzelgespräche, vielleicht liest du dir nochmal unseren kleinen Klinikprospekt durch oder lässt ihn dir von deinen Eltern erklären.

Welche Fragen hast du dazu:

Bist du damit einverstanden, als Begleitkind oder als Therapiekind zu uns zu kommen? Bitte erklär uns deinen Standpunkt:

Was möchtest du uns sonst noch erklären oder erzählen, was ist dir wichtig:

Was möchtest du hier erreichen?

Zusatzbericht zum Anamnesefragebogen für Kinder bis 10 Jahre

Wir möchten Dir hier Gelegenheit geben, uns das aufzuschreiben, was Du möchtest: vielleicht Deine Lebensgeschichte oder Deine jetzige Lebenssituation. Du kannst uns auch gerne, wenn Du möchtest, ein Bild malen, in dem Du selbst vorkommst.

Dieser Anamnesebogen ist ausschließlich für uns bestimmt und wird an niemanden weitergegeben. Es kann allerdings die stationäre Aufnahme wesentlich beschleunigen, wenn wir dem Arzt des medizinischen Dienstes eine Kopie zur Verfügung stellen. Wir raten dir deshalb, hierzu deine Zustimmung zu erteilen:

Ich bin damit einverstanden, dass dem Arzt des medizinischen Dienstes eine Kopie dieses Anamnesebogens zur Verfügung gestellt wird:

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ich über meine Email-Adresse vom Psychotherapeutischen Zentrum, Kitzberg-Klinik kontaktiert werde:

Ja Nein

Datum:

Unterschrift:
(Kind)

Unterschrift:
(Erziehungsberechtigte/-r)



Das Wichtigste zur Klinikschule am Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg - Klinik

Schülerinnen und Schüler mit länger dauernden Erkrankungen haben durch einen Beschluss der Kultusminister aller Bundesländer Anspruch auf Haus- oder Krankenhausunterricht; aus diesem Recht ergibt sich eine Schulpflicht (soweit nicht therapeutische Gründe dagegen sprechen).

Dem Leitbild des Psychotherapeutischen Zentrums entsprechend, will die Klinikschule jeder Schülerin, jedem Schüler dazu verhelfen, die eigenen Stärken (wieder) zu entdecken und so den Weg zu angemessener Leistung, persönlicher Stabilität und Gemeinschaftsfähigkeit zu finden. Die Schule macht ein möglichst gutes Angebot und leistet gerne Hilfestellung – die Entscheidung, das Angebot zu nützen, wird vom jungen Patienten erwartet.

Bei den Fachzielen des Unterrichts werden die Kern- oder Prüfungsfächer der Heimatschule mit Vorrang behandelt, damit möglichst kein Schuljahr verloren geht. Wer Defizite mitbringt, dem bietet die Klinikschule individuelle Diagnose und Hilfe an. Darüber hinaus bearbeiten wir gemeinsam vereinbarte Themen und Projekte (zum Teil auch außerhalb des Unterrichts). Gegenseitige Hilfe und Erleben einer Schulgemeinschaft gehören zu den sozialen Lernzielen der Klinikschule.

Auch wer nicht mehr schulpflichtig ist, kann die Angebote der Klinikschule wahrnehmen (z.B. Lern- und Schullaufbahnberatung, Themen der Allgemeinbildung, Lern- und Arbeitsmethoden, Berufsorientierung, Bewerbertraining, ...).

Selbstverständlich haben Therapie-Termine aller Art an der Klinik Vorrang. Der Stundenplan der Schule nimmt darauf Rücksicht.

Die Schulleiterin, Frau Karin Weidner-Schickedanz, ist telefonisch (07931/53162-200) am besten zwischen 10:30 und 11:00 Uhr zu erreichen, sonst per E-Mail: k.weidner@ptz.de.

Den Eltern / Erziehungsberechtigten wird nach Vereinbarung eine Elternsprechstunde für schulische Themen angeboten.



Schulinformation für Eltern / Erziehungsberechtigte

Sehr geehrte Eltern / Erziehungsberechtigte,

wenn Ihre Tochter / Ihr Sohn noch zur Schule geht oder einen Schulabschluss wünscht, wird sie / er während des Aufenthalts im Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik von der Klinikschule mit 12 Wochenstunden unterstützt und begleitet. Um den Unterricht in kleinen Lerngruppen auf jede/n Schüler/in individuell abstimmen zu können, muss die Klinikschule – mit Ihrem Einverständnis – möglichst früh Kontakt zur Heimatschule aufnehmen. Unterricht findet auch während der Ferien statt und kann sowohl zum Schließen von Lücken als auch zum Verbessern von Lernstrategien genutzt werden.

Bei der Aufnahme in die Klinik sollte Ihre Tochter / Ihr Sohn die Bücher der wichtigen Fächer und Kurse, zumindest der Kernfächer mitbringen, dazu das nötige Arbeitsmaterial. Günstig wäre, wenn die Heimatschule Stoffverteilungspläne vorbereiten und mitgeben könnte.

Wenn aus ärztlich-therapeutischer Sicht nichts dagegen spricht, können Arbeiten der Heimatschulklasse (nach-)geschrieben und zur Notengebung an den / die Fachlehrer/in zurückgeschickt werden.

Gymnasialschüler (Oberstufe) bitte den eigenen graphikfähigen Taschenrechner mitbringen!

Der beiliegende Fragebogen sollte konstruktiv und ehrlich von der Schülerin / dem Schüler beantwortet und den Aufnahmepapieren der Klinik beigelegt werden.

Dies ist sehr wichtig, vielleicht können Sie dabei Hilfestellung geben.

Für Ihre Informationen an die Klinikschule finden Sie am Ende dieses Anschreibens Platz.

Für Fragen an die Klinikschule schicken Sie uns eine Email (schule@ptz.de) oder rufen Sie uns an (07931-5316-2200)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Karin Weidner-Schickedanz

Schulleitung



Schulinformation für Eltern / Erziehungsberechtigte

Zurück an die Klinikschule am Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik

Name des Schülers / der Schülerin: _____

Eltern / Erziehungsberechtigte: _____

Telefonische Erreichbarkeit / e-mail: _____

1. Einverständnis zur Kontaktaufnahme zwischen Klinikschule und Heimatschule

Ja, mit einer Kontaktaufnahme bin ich / sind wir einverstanden

Nein, mit einer Kontaktaufnahme bin ich / sind wir nicht einverstanden

2. Aus Ihrer Sicht wichtige schulbezogene Informationen und Wünsche an die Klinikschule (ggf. auch weitere Blätter benutzen):

Datum

Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte



Schulinformation für Schüler / Schülerinnen

Lieber Schüler / liebe Schülerin,

wenn du* noch zur Schule gehst oder dir einen Schulabschluss wünschst, dann unterstützt und begleitet dich während des Aufenthaltes im Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik die staatlich anerkannte Klinikschule. Mit 12 Wochenstunden und in engem Kontakt mit der Heimatschule wird der Unterricht in der Regel in den Hauptfächern parallel gestaltet. Unterricht findet auch während der Ferien statt und kann sowohl zum Schließen von Lücken als auch zum Verbessern von Lernstrategien genutzt werden.

Bei der Aufnahme in die Klinik solltest du die Bücher deiner wichtigen Fächer und Kurse, zumindest der Kernfächer mitbringen, dazu das nötige Arbeitsmaterial. Günstig wäre, wenn die Heimatschule Stoffverteilungspläne vorbereiten und dir mitgeben könnte.

Gymnasialschüler (Oberstufe) bitte den eigenen grafikfähigen Taschenrechner mitbringen!

Wenn du möchtest und aus ärztlich-therapeutischer Sicht nichts dagegen spricht, können Arbeiten der Heimatschulklasse (nach-)geschrieben und zur Notengebung an den / die Fachlehrer/in zurückgeschickt werden.

Damit der Lernbedarf und das Unterrichtsangebot möglichst gut zueinander passen, beantworte bitte die Fragen auf den folgenden Seiten und lege dann diesen Fragebogen den Aufnahmepapieren der Klinik bei.

Falls du noch Fragen hast, schicke uns eine Email an schule@ptz.de oder rufe an (07931-5316-2200).

Vielen Dank für deine Mitarbeit!

Karin Weidner-Schickedanz
Schulleitung

** In der Klinik werden Patienten ab 16 Jahren mit „Sie“ angeredet; zur leichteren Lesbarkeit verwendet dieser Brief durchgehend die „du“-Anrede.*



Schulinformation für Schüler / Schülerinnen

Zurück an die Klinikschule im Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik

Name des Schülers / der Schülerin _____

Geburtstag: _____

Zuletzt besuchte Klasse: _____

Schulart Grundschule Hauptschule Gymnasium
 Realschule berufliches Gymnasium / FOS
 Sonstige: _____

Name und Anschrift der Schule: _____

Telefon, Fax, E-Mail der Schule: _____

Klassenlehrer oder Vertrauensperson: _____

Bist du damit einverstanden, dass die Klinikschule frühzeitig Kontakt zu deiner Heimatschule (oder zumindest zum Klassenlehrer / Vertrauenslehrer) aufnimmt?

Ja, mit einer Kontaktaufnahme bin ich einverstanden

Nein, mit einer Kontaktaufnahme bin ich nicht einverstanden, aus folgenden Gründen:



Schulinformation für Schüler / Schülerinnen

Welche Fremdsprachen lernst du?

1.

2.

3.

Wo hast du in der Schule Erfolg und Freude erlebt (Fächer, Themen, Arbeitsmethoden...)?

Wo war es für dich in der Schule schwierig (Fächer, Themen, Arbeitsmethoden...)?

Vielleicht kannst du die Probleme in Stichworten benennen?

Wie hast du das Zusammenleben in der Klasse empfunden?

gut normal schwierig, weil:

Wie hast du das persönliche Verhältnis zu den Lehrkräften erlebt?

gut normal belastet, weil:

Der Schulbesuch war in letzter Zeit

regelmäßig unregelmäßig unterbrochen seit: _____

Sonstiges / Bemerkungen / Wünsche (ggf. auch die Rückseite benutzen):

Datum

Unterschrift des Schülers / der Schülerin



-Anamnesefragebogen für Erwachsene ab 18 Jahren-

Psychotherapeutisches Zentrum
Kitzberg-Klinik
Ärztliche Leitung
c/o Belegungssekretariat
Erlenbachweg 24

97980 Bad Mergentheim

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Anamnesebogen gibt Ihnen Gelegenheit, uns schon vor Ihrer stationären Aufnahme über Ihre Situation und Ihre gesundheitliche Verfassung zu informieren. Er enthält im ersten Teil Fragen aus der bundesweit üblichen Basisdokumentation psychosomatischer Kliniken (PSY-BaDo). Darüber hinaus wird eine Reihe von Punkten angesprochen, die wir aus unserer Erfahrung mit Patienten in stationärer Psychotherapie für wichtig erachten. Sie helfen uns mit Ihren Informationen, Ihre Behandlung vorzubereiten und durchzuführen.

Füllen Sie diesen Anamnesebogen bitte so sorgfältig wie möglich selbst aus.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich und entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht behandelt. Senden Sie den Anamnesebogen daher bitte unmittelbar an unsere oben genannte Adresse zurück.

Eine präzise Einschätzung Ihrer Problematik wird uns durch Arzt-/Krankenhausberichte sehr erleichtert und hilft, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Wir bitten Sie deshalb um die Schweigepflichtsentbindung auf der letzten Seite. Vorliegende Berichte legen Sie uns bitte in Kopie bei.

Die beigefügte Vollmacht erleichtert die Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Persönliche Angaben:

Name: Geb.Dat:
Vorname: Alter:
Ich bin: weiblich männlich Geb.Ort:
Straße: Telefon:
Wohnort (+PLZ): Email:

Versicherungssituation

(bitte alle Versicherungen, die Sie haben, sorgfältig ausfüllen **auch Rentenversicherung**, weil das Aufnahmebüro diese Daten benötigt)

Rentenversicherungsträger

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Gesetzliche Versicherung:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

mit Privater Zusatzversicherung:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Zusatzversicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistung Einbettzimmer Zweibettzimmer

Private Vollversicherung (100 %):

Privat-Versicherung im Basistarif bei:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Versicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistungen Einbettzimmer Zweibettzimmer

Beihilfe:

Pers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Versicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistung Einbettzimmer Zweibettzimmer

mit Privater Zusatzversicherung:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Zusatzversicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistung Einbettzimmer Zweibettzimmer

Ich bezahle folgende Zusatzleistungen selbst:

Ärztliche Wahlleistungen Einbettzimmer Zweibettzimmer

Die stationäre Psychotherapie in unserer Klinik wurde vorgeschlagen durch

- Allgemeinarzt / prakt.Arzt Psychotherapeut Kostenträger, Leistungsträger
 Psychiater / Nervenarzt sonstiger Facharzt Beratungsstelle
 eine Klinik ich habe die Klinik selbst ausgesucht

Name, Ort des Empfehlenden:

wichtige Informationsquellen bei meiner Entscheidung für die stationäre Psychotherapie:

- Website der Klinik ehemalige Patienten sonstiges:

Hausärztliche Behandlung durch:

Name:
Straße/ Ort (+PLZ):.....
Tel.:
E-Mail:
Fax:

Fachärztliche Behandlung durch:

Name:
Fachgebiet
Straße/ Ort (+PLZ):.....
Tel.:
E-Mail:
Fax:

Psychotherapeutische Behandlung durch:

Name:
Fachgebiet:
Straße/ Ort (+PLZ)::.....
Tel.:
E-Mail:
Fax:

2. Allgemeine psychosoziale Situation

Ihre Staatsangehörigkeit:

- Deutsch
 andere Nationalität

Wie ist Ihr aktueller Familienstand (Mehrfachankreuzungen sind möglich):

- ledig geschieden
 verheiratet verwitwet
 getrennt lebend wieder verheiratet

Gesamtzahl eigener und adoptierter Kinder ?

In wessen Haushalt leben Sie ?

- im Haushalt der Eltern Wohngemeinschaft
 im Haushalt eines Elternteils bei Pflege- oder Adoptiveltern
 mit Eltern oder Schwiegereltern gemeinsam sonstiger Haushalt
 eigener Haushalt (mit Partner, eigener Familie etc.)

Welchen höchsten Schulabschluß haben Sie ?
 (bei Ausbildungen im Ausland bitte Vergleichbares wählen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> noch in der Schule | <input type="checkbox"/> kein Schulabschluß |
| <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluß | <input type="checkbox"/> Hauptschul-/ Volksschulabschluß |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluß / mittlere Reife / polytechnische Oberschule | |
| <input type="checkbox"/> Fachabitur / Abitur | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Falls Sie momentan eine Schule besuchen:

Name der Schule:

genaue Adresse:

E-Mail-Adresse:

Tel.: Fax:

welche Schulart:

welche Klasse:

Betreuer oder Klassenlehrer/ -in:

Welchen höchsten Berufsabschluß haben Sie ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> noch in der Berufsausbildung/ Schule | <input type="checkbox"/> Fachhochschule / Universität |
| <input type="checkbox"/> Lehre / Fachschule | <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluß |
| <input type="checkbox"/> Meister/-in | <input type="checkbox"/> sonstiges |

In welchem Bereich sind oder waren Sie tätig?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> un-/angelernter Arbeiter/-in | <input type="checkbox"/> Facharbeiter/-in, nicht selbst.Handwerker/-in |
| <input type="checkbox"/> Angestellte(r)/Beamter/-in | <input type="checkbox"/> unbekannt/unklar |
| <input type="checkbox"/> selbst.Handwerker/-in, Landwirt/-in, Gewerbetreibende(r) | |
| <input type="checkbox"/> selbst.Akademiker/-in, Freiberufler/-in | <input type="checkbox"/> noch in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> nie erwerbstätig | |

Wie lautet Ihre genaue Berufsbezeichnung?

Gesamtdauer von Arbeitslosigkeit in den letzten 3 Jahren?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Monate |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel (Anzahl in den letzten 3 Jahren) | |

Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> berufstätig, Vollzeit | <input type="checkbox"/> berufstätig, Teilzeit |
| <input type="checkbox"/> berufstätig, gelegentlich | <input type="checkbox"/> mithelfender Familienangeh., nicht berufstätig |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann, nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienst/ freiw.soiz.Jahr | <input type="checkbox"/> geschützt beschäftigt |
| <input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet | |
| <input type="checkbox"/> Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente: | <input type="checkbox"/> Rente auf Dauer <input type="checkbox"/> Rente auf Zeit, befristet bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Frührente / Altersrente / Pension | <input type="checkbox"/> Witwen- / Witwer-Rente |
| <input type="checkbox"/> anderweitig ohne berufliche Beschäftigung | <input type="checkbox"/> unbekannt / unklar |
| <input type="checkbox"/> selbständig/ freiberuflich | |

Welche zukünftigen Berufspläne haben Sie ?

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig ? Wenn ja, seit wievielen Wochen ununterbrochen ?

|_|_|_| Wochen (000 = keine Arbeitsunfähigkeit)

Wieviele Wochen waren Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt arbeitsunfähig ?

|_|_|_| Wochen (000 = keine Arbeitsunfähigkeit)

Gibt es ein laufendes Rentenverfahren ?

nein

Rentenanspruch

Rentenstreit/Sozialgerichtsverfahren

3. Zur gesundheitlichen Situation:

Körpergrößecm aktuelles Gewichtkg BMI, sofern bekannt

höchstes Gewicht in den letzten 2 Jahrenkg

niedrigstes Gewicht in den letzten 2 Jahrenkg

Nehmen Sie Medikamente ein? Bitte geben Sie Name und Dosierung der Präparate und den Zeitraum der Einnahme an

Präparat	Dosierung	Einnahmezeitraum

Welche größeren Unfälle hatten Sie und in welchen Jahren?.....

.....

Hatten Sie Operationen (welche, wann, welche Klinik)?.....

.....

Bestrahlung/ Chemotherapie? (wann, wo):.....

.....

Sind oder waren Sie Teilnehmer/Teilnehmerin an einem Drogensubstitutionsprogramm:

Ja

Nein

Falls Sie derzeit an einem Drogensubstitutionsprogramm teilnehmen, dann schreiben Sie uns bitte die genaue Adresse Ihres Substitutionsmediziners auf:

.....

.....

Werden Sie voraussichtlich während der stationären Psychotherapie

Lymphdrainage

Krankengymnastik

Einlagen wg. Harninkontinenz

benötigen? (Wenn ja, bitte ankreuzen, dies muss vorher mit der Krankenkasse geregelt werden)

Besteht bei Ihnen ein Bluthochdruck?: Ja Nein

Wenn bei Ihnen ein Bluthochdruck besteht und wenn Sie ein Gerät zum Selbstmessen des Blutdrucks haben, so bitten wir Sie, dieses Gerät mitzubringen.

Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes Typ 1 oder Typ 2)? Ja Nein

Wenn bei Ihnen eine Zuckerkrankheit besteht und wenn Sie Geräte zum Blutzuckerselbstmessen oder zum Selbstverabreichen von Insulin haben, dann bitten wir Sie, diese Dinge mitzubringen.

In welchen Kliniken waren Sie außerdem in den letzten 5 Jahren? (bitte Zeitraum, genauer Name und Ort)

.....
Wieviele Kinder haben Sie wann geboren?.....

Sind Sie schwanger? ja Geburtskomplikationen?.....
Geburtsstermin:
 nein Fehlgeburten (welches Jahr)?.....

Wie ist Ihr Appetit?.....

Gibt es Probleme mit Wasserlassen und Stuhlgang?.....

Nehmen Sie Abführmittel (welche, seit wann, wieviele)?.....
Haben Sie zur Zeit Schlafprobleme (welche)?.....

Rauchen Sie: nein ja, pro Tag
Sofern Sie unter 18 sind: Sind Sie bereit, Ihren Zigarettenkonsum noch vor der stationären Aufnahme täglich um eine Zigarette bis auf Null zu reduzieren, weil Jugendliche bei uns gemäß Jugendschutzgesetz grundsätzlich nicht rauchen?
 ja nein

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Woche? (Bitte genaue Angaben!).....
.....

Leiden sie an einer Lebensmittelallergie oder Nahrungsmittelunverträglichkeit? Wenn ja, welche:
.....
(Zur Information: Falls Sie aufgrund Ihrer Nahrungsmittelunverträglichkeit / -allergie während des stationären Aufenthaltes eine Sonderkost benötigen, müssen Sie bitte zum Aufnahmeterrmin ein Attest mit ärztlicher Diagnose vorlegen. Die Diagnose muss von einem Hausarzt, Internisten, Gastroenterologe, Allergologe oder Kinderarzt attestiert werden)

4. Probleme in der kindlichen Entwicklung:

(Bitte fragen Sie Ihre Eltern oder Geschwister, falls erforderlich und möglich, nach diesen Informationen über Ihre kindliche Entwicklung)

Gab es in der Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen Komplikationen:

Gab es bei Ihrer eigenen Geburt Komplikationen (Geburtsverlauf, Brutkasten, Intensivstation):
.....

Gab es Störungen beim Laufenlernen, Sprechenlernen in den ersten Lebensjahren:.....
.....

Was wissen Sie über Schwierigkeiten beim Kindergartenbesuch oder in den ersten Schuljahren:.....
.....

Wissen Sie, ob es in ihren ersten Lebensjahren kindliche Verhaltensstörungen gab, wie z. B.:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Aggression gegen Andere |
| <input type="checkbox"/> Aggression gegen sich selbst | <input type="checkbox"/> Geschwisterrivalität | <input type="checkbox"/> Streitereien |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Haare ausreißen | <input type="checkbox"/> Kopf gegen die Wand hauen |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Tagträumen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sexualisiertes Verhalten | <input type="checkbox"/> Weglaufen |
| <input type="checkbox"/> Ungehorsam | <input type="checkbox"/> Ungesundes Fernsehverhalten | <input type="checkbox"/> Ungesunder Umgang mit Computer oder Videospielen |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten Freunde zu finden | | <input type="checkbox"/> Essstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

F_ÄD_PTZ_003_05

Erläuterungen:

Ich leide unter folgenden Beschwerden:

1. Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen.....
2. Müdigkeit.....
3. Gleichgewichtsstörungen.....
4. Anfallsweise Atemnot.....
5. Erstickungsgefühl.....
6. Neigung zum Weinen.....
7. Appetitlosigkeit.....
8. Taubheitsgefühl („Einschlafen“, „Absterben“, Brennen oder Kribbeln) in Händen u./ o. Füßen.....
9. Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern.....
10. Rasche Erschöpfbarkeit.....
11. Angstgefühl.....
12. Leibschmerzen (einschl. Magen- oder Unterleibschmerzen).....
13. Verstopfung, Einnässen, Einkoten
14. Energielosigkeit.....
15. Gelenk- oder Gliederschmerzen.....
16. Konzentrationsschwäche.....
17. Innere Gespanntheit.....
18. Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit.....
19. Leichtes Erröten.....
20. dissoziative Zustände (bitte Weglassen, falls Sie nicht wissen was das ist).....
21. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen.....
22. Trübe Gedanken.....
23. selbstverletzendes Verhalten.....
24. Wutanfälle.....
25. Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, zwanghafte Selbstkontrolle.....
26. Schlafstörungen, Alpträume.....
27. Kontaktprobleme, Redehemmung, Einsamkeit, fehlende Anerkennung.....
28. Selbstmordgedanken.....
29. Suchtprobleme: Alkohol, Tabletten, Spielsucht, anderes.....
30. Fremdwerden von Menschen und Dingen, Selbstentfremdung.....
31. Schmerzen im Nacken/ im Rücken/ Ohrenschmerzen/ Halsschmerzen.....
32. Minderwertigkeitsgefühle, Unsicherheit, Hemmungen, Stottern.....
33. Essstörung: Magersucht, Bulimie, „Fressattacken“, Erbrechen.....
34. Tinnitus/ Ohrgeräusche, Geräuschempfindlichkeit.....
35. Mundtrockenheit, Speichelfluss.....
36. Traurige Verstimmungen, Schuldgefühle, Grübeleien, Zweifel.....
37. Allergien/ Überempfindlichkeit auf Gerüche, Lebensmittel, chemische Stoffe.....

stark 3	mäßig 2	kaum 1	gar nicht 0

Unter welchen dieser Beschwerden leiden Sie derzeit am meisten und wie lange schon?

Haben Sie Probleme mit Suchtmitteln im stofflichen Bereich wie z.B. Alkohol, Drogen, Medikamenten, Nikotin oder Essen ? Bitte führen Sie Art und Menge des Konsums auf.

Eine Aufnahme bei uns ist nur vollständig drogenfrei möglich. Haben Sie in den letzten 6 Wochen irgendwelche Drogen genommen?

Können Sie sich eindeutig darauf festlegen, bis zur Aufnahme und während der Therapie keinerlei Drogen zu nehmen?

Haben Sie strafbare Delikte begangen, gab oder gibt es Strafverfahren gegen Sie?

Sehen Sie Schwierigkeiten mit süchtigen Verhaltensweisen im nichtstofflichen Bereich wie z.B. Computer, Fernsehen, Telefonieren, Sexualität, Co-Abhängigkeit ? Falls ja, beschreiben Sie dies bitte.

Haben Sie Selbstmordversuche gemacht ?
Falls ja, können Sie sagen welche Auslöser zugrundelagen ?

Fügen Sie sich selbst Verletzungen zu ? Wenn ja, wie, wie oft und wann zuletzt?

Stationäre Psychotherapie ist ein gewaltfreier Raum, auch im Umgang mit dem eigenen Körper. Die Fähigkeit, selbstverletzendes Verhalten zu kontrollieren und zu unterlassen ist deshalb erforderlich. Können Sie dafür Verantwortung übernehmen, bis zur stationären Aufnahme kein selbstverletzendes Verhalten zu praktizieren und uns von jedem Rückfall, also jedem erneuten selbstverletzenden Verhalten zu informieren?

Leiden Sie an Essstörungen? Wenn ja, in welcher Weise?

Sind Sie wegen der aufgeführten Beschwerden bereits behandelt worden (Name des Arztes oder der Klinik, Ort, Behandlungszeitraum?)

ambulant

stationär

Hat sich bezogen auf die Beschwerden durch die Behandlung(en) eine Veränderung ergeben?

Welche positiven Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, emotionale Belastungen zu meistern?

Womit schaden Sie sich, so dass es gut sein wird, diese Dinge zu beenden?

5. Erwartungen an die Behandlung

Unsere Klinik führt ausschließlich stationäre Psychotherapie durch, keine Kuren, Sanatoriumsaufenthalte oder Ähnliches. Die Behandlungsdauer bei stationärer Psychotherapie liegt erfahrungsgemäß zwischen 6 und 12 Wochen.

Bitte überprüfen Sie deshalb anhand der folgenden Fragen noch einmal Ihre Erwartungen und Ziele.

Welche Ziele verfolgen Sie mit einem Wunsch nach einer Behandlung in unserer Klinik ?

In welchem Problembereich scheint es Ihnen vorrangig wichtig, Verbesserungen zu erreichen (psychische Verfassung, körperliche Verfassung, persönliche Beziehungen, Beruf)?

Was wird nach Ihrer Einschätzung für Sie hilfreich sein?

Was könnte Ihnen in einer stationären Psychotherapie schwerfallen?

Gibt es irgendetwas, was Ihnen noch wichtig erscheint aber bisher noch nicht erwähnt wurde?

Zusatzbericht zum Anamnesefragebogen für Erwachsene

Wir möchten Ihnen hier Gelegenheit geben, über den Anamnesefragebogen hinaus Ihre Lebensgeschichte, positive und negative Erfahrungen, die Entstehung Ihrer Probleme, Ihre jetzige Lebenssituation und Ihre weiteren Pläne aufzuschreiben.

Dieser Anamnesebogen ist ausschließlich für uns bestimmt und wird an niemanden weitergegeben. Es kann allerdings die stationäre Aufnahme wesentlich beschleunigen, wenn wir dem Arzt des medizinischen Dienstes eine Kopie zur Verfügung stellen. Wir raten Ihnen deshalb, hierzu Ihre Zustimmung zu erteilen:

Ich bin damit einverstanden, dass dem Arzt des medizinischen Dienstes eine Kopie dieses Anamnesebogens zur Verfügung gestellt wird:

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ich über meine Email-Adresse vom Psychotherapeutischen Zentrum, Kitzberg-Klinik kontaktiert werde:

Ja Nein

(Ort, Datum)

(Unterschrift)



F.ÄD.PTZ.427.00

Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wenn Sie aufgrund einer Allergie oder Nahrungsmittelunverträglichkeit eine besondere Kost benötigen, reichen Sie bitte mit Ihren Aufnahmeunterlagen auch eine entsprechende ärztliche Bescheinigung ein.

Die Diagnose muss von einem Hausarzt, Internisten, Gastroenterologen, Allergologen oder Kinderarzt anhand folgender Tests gestellt werden:

Unverträglichkeit /Allergien	Diagnose / Test
Milchzuckerunverträglichkeit Laktoseintoleranz	H ₂ -Atemtest
Fruktosemalabsorption	H ₂ -Atemtest
Sorbitunverträglichkeit	H ₂ -Atemtest
Zöliakie	IgA-Antikörper gegen Gewebstransglutamina oder Endomysium-EmA() und Gesamt IgA
Nahrungsmittelunverträglichkeit	Allergienachweis vom Allergologen IgE-Bestimmungen im Bluttest und / oder Hauttestungen (Prick-Test)

Der Nachweis von IgG-oder IgG4-Antikörper gegen Nahrungsmittel zur Abklärung und Diagnostik von Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien ist nicht anerkannt.

Folgende Kostformen werden in unserer Klinik angeboten:

- Vollkost
- Vegetarische Kost
- Vegane Kost
- Laktosefreie Kost
- Glutenfreie Kost

Mit freundlichen Grüßen

Ärztliches

Team



Zustimmungserklärung bei Aufnahme eines Kindes

Psychotherapeutisches Zentrum Bad Mergentheim
Ärztliche Leitung
c/o Belegungssekretariat
97980 Bad Mergentheim

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte,

zu unserer rechtlichen Absicherung im Zusammenhang mit der stationären Behandlung des Kindes als Begleit- oder Therapiekind (nicht zutreffendes bitte streichen) und für die Krankenkassenformalitäten bitten wir Sie, die unten stehende Zustimmungserklärung zu unterschreiben und dem Belegungssekretariat zusammen mit dem Anamnesefragebogen zurückzuschicken.

Sollte das Sorgerecht nur bei einem Elternteil liegen, so bitten wir Sie, uns eine Kopie des entsprechenden Dokuments beizufügen.

Mit bestem Dank.

Ärztliche Leitung

Zustimmungserklärung

Mit der geplanten stationären Aufnahme meines Kindes _____

als Begleit- oder Therapiekind (nicht zutreffendes bitte streichen) zur Eltern-Kind-Psychotherapie ins Psychotherapeutische Zentrum Bad Mergentheim bin ich einverstanden.

Name / Geburtsdatum der Mutter: _____

Datum und Unterschrift der Mutter: _____

Name / Geburtsdatum des Vaters: _____

Datum und Unterschrift des Vaters: _____



Sehr geehrte Sorgeberechtigte, liebe Eltern,

seit einiger Zeit kommt es in Deutschland zu einer Häufung von Masernerkrankungen. Masern sind eine hochansteckende Infektionskrankheit, bei der es neben schwerem Krankheitsgefühl, hohem Fieber und charakteristischem Ausschlag zu sehr schweren Komplikationen (z.B. Pneumonie, Encephalitis) kommen kann. Schon vor den ersten typischen Krankheitssymptomen besteht eine hohe Ansteckungsgefahr.

Die wirksamste präventive Maßnahme ist die Schutzimpfung gegen Masern. In der Regel erfolgt diese als kombinierte MMR bzw. MMRV-Impfung (Masern-Mumps-Röteln bzw. Masern- Mumps-Röteln-Windpocken-Impfung).

Nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) sollte die Erstimpfung mit 11-14 Monaten, die Zweitimpfung mit 15-23 Monaten erfolgen.

Eine einmalige MMR-Standardimpfung für Erwachsene sollte weiterhin bei allen nach 1970 geborenen ungeimpften bzw. in der Kindheit nur einmal geimpften Personen oder Personen mit unklarem Impfstatus über 18 Jahre nachgeholt werden.

Zu Ihrem eigenen Schutz bzw. dem Ihres Kindes sowie dem Schutz aller Mitpatienten bitten wir **vor Ihrer stationären Aufnahme** bzw. der Aufnahme Ihres Kindes um den **Nachweis einer vollständigen Masernimpfung (z. B. Kopie des Impfbuches)**.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir im Interesse einer möglichst weitgehenden Eindämmung der Maserninfektionen Ihr Kind nicht in der Klinik aufnehmen können, wenn der Nachweis einer vollständigen Masernimpfung nicht vorgelegt werden kann. Bitte beraten Sie sich auch mit Ihren Kinder- und Jugendärzten bzw. den zuständigen Hausärzten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Reta Pelz
Fachärztin für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Chefärztin



Vollmacht

VOLLMACHT

Name : _____
Vorname : _____
geb. : _____
wohnhaft : _____

Hiermit beauftrage ich das Psychotherapeutische Zentrum in Bad Mergentheim, die Kostenübernahme für meine stationäre Behandlung bei der Krankenkasse zu beantragen. Kosten entstehen für mich dadurch nicht. Die Klinik wird mich über notwendige Schritte informieren, auch im Fall, dass eine Kostenübernahme nicht möglich sein sollte. Die Vollmacht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Sollte meine Krankenversicherung ihren Medizinischen Dienst oder Gutachter beauftragen, so bevollmächtige ich die Ärzte des Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik, deren Stellungnahmen einzuholen und direkt mit den Gutachtern die stationäre Aufnahme abzustimmen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter bei
Minderjährigen



Vollmacht

VOLLMACHT

Name : _____
Vorname : _____
geb. : _____
wohnhaft : _____

Hiermit beauftrage ich das Psychotherapeutische Zentrum in Bad Mergentheim, die Kostenübernahme für meine stationäre Behandlung bei der Krankenkasse zu beantragen. Kosten entstehen für mich dadurch nicht. Die Klinik wird mich über notwendige Schritte informieren, auch im Fall, dass eine Kostenübernahme nicht möglich sein sollte. Die Vollmacht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Sollte meine Krankenversicherung ihren Medizinischen Dienst oder Gutachter beauftragen, so bevollmächtige ich die Ärzte des Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik, deren Stellungnahmen einzuholen und direkt mit den Gutachtern die stationäre Aufnahme abzustimmen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter bei
Minderjährigen



Schweigepflichtsentbindung

Ich _____ geboren am _____

in _____, wohnhaft in _____

bin damit einverstanden, dass die Ärzte des Psychotherapeutischen Zentrums Kitzberg-Klinik GmbH & Co. KG, Erlenbachweg 22 / 24 in 97980 Bad Mergentheim im Zusammenhang mit meiner stationären Behandlung im Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik in Bad Mergentheim bei den von mir im Anamnesefragebogen angegebenen Behandlern Befunde anfordern.

(Datum)

(Unterschrift)

(Datum)

(Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen)



F.ÄD.PTZ.011.00

Schweigepflichtsentbindung

Ich _____ geboren am _____

in _____, wohnhaft in _____

bin damit einverstanden, dass die Ärzte des Psychotherapeutischen Zentrums Kitzberg-Klinik GmbH & Co. KG, Erlenbachweg 22 / 24 in 97980 Bad Mergentheim im Zusammenhang mit meiner stationären Behandlung im Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik in Bad Mergentheim bei den von mir im Anamnesefragebogen angegebenen Behandlern Befunde anfordern.

(Datum)

(Unterschrift)

(Datum)

(Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen)



Checkliste für das Aufnahmeverfahren

Liebe Patientin,
lieber Patient,

zusätzlich zu Ihrem Anamnesefragebogen benötigen wir folgende Unterlagen:

- **Vollmacht**
- **Entbindung von der Schweigepflicht**
- **Notwendigkeitsbescheinigung**
 - vom Hausarzt/ -in oder
 - vom Psychiater/in Facharzt / Fachärztin Psychotherapeutische Medizin oder
 - vom Psychotherapeuten/ -in
- **Krankenhaus- Entlassungsberichte**

Mit freundlichen Grüßen

Belegungssekretariat
Tel.: 07931-5316-1301 oder -1336
belegung@ptz.de